

POLÍTICAS DO ÁLCOOL EM PORTUGAL NO CONTEXTO EUROPEU: DETERMINANTES PARA A TOMADA DE DECISÕES E DESENVOLVIMENTO DE MEDIDAS EM SAÚDE PÚBLICA

Hilson Tavares da Cunha Filho

**Tese conducente ao grau de Doutor em Ciências da Vida
na Especialidade de Saúde Pública
Faculdade de Ciências Médicas - Universidade Nova de Lisboa**

Setembro de 2016

POLÍTICAS DO ÁLCOOL EM PORTUGAL NO CONTEXTO EUROPEU: DETERMINANTES PARA A TOMADA DE DECISÕES E DESENVOLVIMENTO DE MEDIDAS EM SAÚDE PÚBLICA

Autor: Hilson Tavares da Cunha Filho

Orientador: Prof.^a Doutora Ana Alexandre Fernandes

Coorientador: Prof. Doutor Jorge Torgal

**Tese conducente ao grau de Doutor em Ciências da Vida
na Especialidade de Saúde Pública
Faculdade de Ciências Médicas - Universidade Nova de Lisboa**

Setembro de 2016

Cunha Filho, Hilson - Políticas do Álcool em Portugal no Contexto Europeu: Determinantes para a Tomada de Decisões e Desenvolvimento de Medidas em Saúde Pública. Tese conducente ao grau de Doutor em Ciências da Vida na Especialidade de Saúde Pública. Lisboa: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa. 2016.

Instituição que confere o Grau de Doutor



MEDICAL
SCHOOL
FACULDADE
DE CIÊNCIAS
MÉDICAS



UNIVERSIDADE
NOVA
DE LISBOA

Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa

Instituição de Acolhimento:



**CICS.NOVA - Centro Interdisciplinar em Ciências Sociais da Universidade Nova de Lisboa,
Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, Universidade Nova de Lisboa**

Apoio Financeiro de:

FCT Fundação para a Ciência e a Tecnologia

MINISTÉRIO DA CIÊNCIA, TECNOLOGIA E ENSINO SUPERIOR

Bolsa de Doutoramento SFRH/BD/69034/2010

Financiamento participado pelo Fundo Social Europeu e por fundos nacionais do MCTES



Setembro de 2016

RESUMO

Objetivos

Esta investigação tem o objetivo de identificar e caracterizar os determinantes do processo de tomada de decisões e desenvolvimento de políticas públicas relacionadas com os Problemas Ligados ao Álcool (PLA) em Portugal. Pretende-se dessa forma contribuir para a construção de uma estratégia de Saúde Pública mais adequada a esse processo em Portugal.

Desenho do estudo

O desenho da investigação considera a evolução das políticas do álcool durante os últimos anos em Portugal, a partir da ação abrangida pelos planos nacionais desenvolvidos – Plano de Ação Contra o Alcoolismo (PACA), e Plano Nacional para a Redução dos Problemas Ligados ao Álcool (PNRPLA). Este estudo considera o desenvolvimento dessas políticas no seu período de influência (1999-2013). A sua estrutura está baseada na cronologia dos acontecimentos e o seu foco corresponde ao processo das políticas do álcool, incluindo a participação dos organismos e atores sociais envolvidos.

Metodologia

A metodologia utilizada ao longo da investigação é eminentemente qualitativa, envolvendo diversas fontes de informação e estratégias de recolha de dados, que diferem de acordo com as fontes em causa. Durante a investigação foram consultados documentos públicos, inquéritos epidemiológicos, relatórios, documentos de trabalho e de arquivos da esfera da governação e da administração pública de saúde, arquivos dos meios de comunicação social e informação recolhida de diversos atores sociais envolvidos nas políticas do álcool através de inquéritos. Todos os dados foram categorizados e contextualizados com base na cronologia dos acontecimentos e do processo das políticas do álcool. Foi utilizado um modelo lógico baseado no processo das políticas do álcool para a análise da informação obtida e integração dos resultados.

Resultados

Os resultados descrevem e analisam a evolução epidemiológica dos principais indicadores de saúde associados aos PLA, as políticas do álcool desenvolvidas ao longo do tempo e o processo de criação e implementação das políticas do álcool através dos planos nacionais. Cada etapa do processo político de tomada de decisão política e de implementação das políticas públicas é reconstruída através de uma diversidade de documentos, do discurso dos atores sociais a cada momento e da perceção de um painel de atores sociais sobre os principais assuntos. Os resultados apresentados permitem identificar padrões e fatores que são determinantes das políticas do álcool em Portugal, sintetizados a seguir.

A existência de estratégias e iniciativas no campo internacional estimulou fortemente as iniciativas nacionais de desenvolvimento de políticas do álcool. O desenvolvimento dessas estratégias ao longo do tempo reforçou o foco da implementação das medidas e intervenções planeadas a nível nacional. A gravidade dos indicadores de saúde relacionados com o consumo de álcool e os PLA, que se manteve ao longo da década, foi a principal justificativa apresentada para o desenvolvimento das iniciativas nacionais.

Para a criação de políticas do álcool e dos planos nacionais contribuiu negativamente a pouca sensibilidade política para os PLA enquanto um problema de Saúde Pública e a falta de vontade política de intervir e enfrentar os interesses estabelecidos. A construção técnica das medidas, apesar de respeitada, foi insistentemente capturada pela ação política. O adiamento da aprovação dos planos foi um padrão de comportamento dos governos e os compromissos estabelecidos com o que era aprovado foi apenas momentâneo e demagógico (a nível do discurso político). A atuação de outros atores sociais também influenciou a criação dos planos e das medidas de políticas públicas.

A Indústria do Álcool rejeitou sistematicamente medidas restritivas do acesso, da disponibilidade e do *marketing*. Essa indústria atuou, tanto através da sua participação pública na elaboração dos planos como através de *lobbying*, com a intenção de pressionar as autoridades públicas e os governos a não desenvolver tais medidas. As ONGs, Comunidade de Saúde e Sociedade Civil Organizada desempenhou um papel mais crítico de solicitação do reforço das políticas do álcool e, por vezes, a sua ação entrou em conflito com a dos governos, dificultando a sua influência e participação. O painel de atores sociais inquirido na investigação (representantes de instituições públicas, sociais e privadas envolvidas nas políticas do álcool) apresentou uma perceção pouco diferenciada das medidas de políticas públicas do álcool quanto à sua efetividade ou à sua prioridade no contexto nacional, dando o seu apoio praticamente a quase todas as medidas existentes. Este posicionamento dos atores dificulta as escolhas informadas e pode se ter refletido na construção dos planos alcoológicos, que tendem a conter um conjunto exaustivo e abrangente de medidas.

Para a implementação de políticas do álcool e dos planos nacionais contribuiu negativamente a governação imposta pelas crises económicas e cortes orçamentais, com desinvestimentos e falta de alocação de recursos às atividades das políticas públicas do álcool. No entanto, a reestruturação dos serviços da administração pública de saúde ocorrida na segunda metade da década de 2000 permitiu ganhos nas estruturas de coordenação estratégica e nas áreas dos serviços de saúde. A atuação dos atores sociais também determinou a condução das políticas públicas do álcool. A atuação dos governos afetou negativamente a implementação dos planos e provocou desvios às propostas iniciais, adiando ou eliminando a sua regulamentação e reduzindo a necessária alocação de recursos à sua execução. A Indústria do Álcool manteve uma estratégia de oposição às medidas restritivas e aumentou a sua participação e influência junto das autoridades e governos, com vista a proteger os seus interesses e a promover as suas ações de *marketing* associados a campanhas de consumo moderado e responsável. As ONGs, Comunidade de Saúde e demais representantes da Sociedade Civil Organizada não conseguiram uma auto-organização e consistência de intervenção que lhes permitisse influenciar o desenvolvimento das políticas do álcool, persistindo um clima improdutivo que alternou entre o apoio ao desenvolvimento de políticas públicas e o confronto em relação ao desempenho dos Governos. As práticas legislativas, administrativas e de prestação de serviços e cuidados ficaram sempre irremediavelmente afetadas pelas ações anteriores, não conseguindo dar um nível de resposta suficiente para a realização consistente das medidas previstas à partida. O painel de atores sociais inquirido na investigação apresentou uma perceção sobre a realização das medidas de políticas públicas do álcool como sendo genericamente baixa ou moderada, refletindo as dificuldades já relatadas e a necessidade de se desenvolverem intervenções mais efetivas.

Conclusões

As principais conclusões proporcionadas por esta investigação indicam a necessidade de se repensar o desenvolvimento das estratégias para as políticas do álcool em Portugal. As estratégias podem beneficiar de uma abordagem diferente aos seus conteúdos, de uma maior transparência e objetividade na sua definição e planeamento. Esta investigação reforça a necessidade de uma redefinição da atuação e dos papéis estabelecidos nas colaborações entre os diversos atores e instituições. O painel de atores sociais inquirido na investigação não identificou diferenças claras entre as estratégias de apoio e de oposição às medidas de política do álcool dos demais atores. Esta situação reforça as conclusões apresentadas e pode representar uma dificuldade acrescida aos seus posicionamentos e às relações estabelecidas na prossecução dos seus objetivos.

PALAVRAS-CHAVE: Política do álcool, Problemas ligados ao álcool; Alcoolismo, Tomada de decisão política, Políticas de Saúde, Políticas Públicas,

SUMMARY

PORTUGAL ALCOHOL POLICIES AT EUROPEAN CONTEXT: DETERMINANTS FOR DECISION MAKING AND DEVELOPMENT OF PUBLIC HEALTH MEASURES

Aims

This study aims to assess and characterize the determinants of decision-making and development of public health policies in Portugal regarding the Alcohol Problems. Thus, it aims to better understand the policy-making process, in order to achieve an effective public health strategy in Portugal.

Study Design

This research depicts the development of alcohol policies in Portugal emerging from the national plans, respectively: the Action Plan Against Alcoholism (PACA) and the National Plan for the Reduction of Alcohol Problems (PNRPLA). The study considers these policies time-effect (1999 to 2013). The research structure is based on the events chronology and focus on the alcohol policy-making process, including the engagement and participation of organizations and stakeholders.

Methodology-approach

A qualitative methodology approach was adopted, using different sources of information and data collection strategies accordingly to the primary sources. Research analysis focused on public documents, epidemiological surveys and reports; working papers, governance and public health administration archives; media archives; as well as information gathered from the alcohol-policy stakeholders through surveys. All data were categorized and contextualized based on events chronology and the alcohol policy-making process. Document analysis and interpretation followed a logical model aiming at analysis of the available information and integration of the results.

Results

The results describe and analyse the epidemiological evolution of the main health indicators linked to Alcohol Problems; alcohol policies developed over time; and the process of policy-making and implementation through the national plans. Each stage of the political decision-making process and public policies implementation is reconstructed through document analysis, as well as stakeholders' discourse overtime. Information gathering also included perceptions of a panel of stakeholders on the main issues. The findings identify patterns and factors which are the determinants of alcohol policies in Portugal.

International strategies and initiatives concerning alcohol have strongly encouraged national regulation and alcohol policy. Overtime, these strategies have reinforced the focus on policy implementation and planning at national level. The severity of health indicators related to alcohol consumption and the Alcohol Problems, which persisted throughout the decade, are the major justification for the development of national initiatives.

Limited political awareness regarding alcohol public health burden, as well as lack of political will to intervene and oppose vested interests, have negatively influenced alcohol national plans and policy development.

Alcohol policy-making was systematically captured by political action. Delaying approval of the national plans was an iterative pattern of Governments' behavior. Political commitment upon the national policies enacted was only momentary and demagogic, i.e. at the level of political

discourse. The interventions of other stakeholders also lead to the enactment of the national plans and public policy measures. The alcohol industry systematically rejected restrictive regulation regarding the access, availability and marketing. This industry interfered directly on plan elaboration and through lobbying with the intent to pressure public authorities and governments not to develop them. Non-governmental organizations (NGOs), the public health community and the civil society played a critical role in strengthening the need for alcohol policies. Furthermore, on several occasions, civil society action conflicted with the government, undermining its influence and effective participation. The stakeholders' panel surveyed in this research included representatives of public, social and private institutions involved in alcohol policies. This panel displayed limited awareness and perception of alcohol policies, particularly regarding its effectiveness or its priority in the national context. Notably, the panel supported almost all existing measures. This stakeholders' position limits informed choice, probably impacting on the development of the national alcohol plans which tend to contain an exhaustive and comprehensive set of measures.

The economic crisis and its budget cuts have negatively affected the implementation of national alcohol policies. Particularly, governance was marked by limited resource allocation and disinvestment on alcohol policies and related activities. However, the health services restructuring in public administration that took place in the second half of the 2000s enabled better strategic coordination structures and improved health services. Stakeholders' action has also determined alcohol policy-making. National Governments have undermined the implementation of alcohol plans by blocking the policies measures, deferring or eliminating its regulation and limiting the allocation of adequate resources for its implementation. The alcohol industry maintained an opposition strategy to effective alcohol regulation. Additionally, the industry increased its participation and influence regarding the national authorities and governments, in order to protect vested interests, while promoting marketing activities associated with "moderate and responsible consumption". NGOs, the public health community and the civil society failed to achieve a concerted and sustained intervention that would allow to positively influence the development of alcohol policies. Thus, a persistent poor scenario alternated between the support for alcohol policy-making and the confrontation regarding governments' performance. Legislative and administrative practices, as well as healthcare care services were inevitably affected by previous actions. Moreover, they failed to provide an adequate level of response and to achieve consistent implementation of the measures enacted. The panel of stakeholders surveyed reported a low/moderate perception on implementation level of the alcohol policy measures, reflecting the difficulties of the process and the need to develop more effective interventions.

Conclusions

The main findings highlight the need to rethink alcohol policy-making in Portugal. The strategies may benefit from a different approach to their contents, and more transparency and objectivity in its definition and planning. Additionally, this research stresses the need to redefine the stakeholders' legitimate role and adequate collaboration by the authorities responsible for alcohol policy. The panel failed to identify clear differences regarding the stakeholders' positions to alcohol public health measures. Notably, while this trend reinforces our conclusions, it may be an added difficulty for this stakeholders' pursuit of their goals.

KEY WORDS: Alcohol policy, alcohol problems, Alcohol, Alcoholism, Policy-Making, Political decision-making, Public policies, Health policies

ÍNDICE

<i>Resumo</i>	<i>i</i>
<i>Summary</i>	<i>iii</i>
<i>Índice</i>	<i>v</i>
<i>Listas de tabelas</i>	<i>vii</i>
<i>Lista de figuras</i>	<i>viii</i>
<i>Lista de abreviaturas</i>	<i>ix</i>
<i>Agradecimentos:</i>	<i>xii</i>
PARTE I – ENQUADRAMENTO E ESTRATÉGIAS DE INVESTIGAÇÃO	1
CAPÍTULO I - INTRODUÇÃO	3
1. AS BEBIDAS ALCOÓLICAS E A SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA	3
2. O PROPÓSITO E OS OBJETIVOS DA INVESTIGAÇÃO	6
3. A ESTRUTURA DE APRESENTAÇÃO	7
CAPÍTULO II - CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS COMO UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA	9
1. O ÁLCOOL E AS BEBIDAS ALCOÓLICAS	9
2. O CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS	10
3. OS PROBLEMAS ASSOCIADOS AO CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS	11
CAPÍTULO III - POLÍTICAS DE SAÚDE E PROBLEMAS LIGADOS AO ÁLCOOL	19
1. AS POLÍTICAS DE SAÚDE	19
2. A TOMADA DE DECISÃO POLÍTICA E A IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS NOS PROBLEMAS LIGADOS AO ÁLCOOL	21
3. AS POLÍTICAS DO ÁLCOOL	29
4. OS ATORES SOCIAIS NAS POLÍTICAS DO ÁLCOOL	34
CAPÍTULO VI – MATERIAL E MÉTODOS	47
1. A ABORDAGEM METODOLÓGICA	47
2. O DESENHO DA INVESTIGAÇÃO	48
3. AS FONTES DE INFORMAÇÃO	51
4. A RECOLHA DE DADOS	53
5. O MODELO DE ANÁLISE E A CATEGORIZAÇÃO DOS DADOS	56
6. A VALIDADE DOS RESULTADOS	60
7. AS CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	61
PARTE II – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	63
CAPÍTULO I - POLÍTICAS DO ÁLCOOL: DESENVOLVIMENTOS NO CONTEXTO INTERNACIONAL, EUROPEU E PORTUGUÊS	65
1. INTRODUÇÃO	65
2. O ÚLTIMO QUARTEL DO SÉCULO XX E OS ANTECEDENTES SOBRE POLÍTICAS DO ÁLCOOL	66
3. O SÉCULO XXI E O AMADURECIMENTO DAS POLÍTICAS DO ÁLCOOL	71
4. A EFETIVIDADE DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DO ÁLCOOL: EVOLUÇÃO DAS EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS INTERNACIONAIS DESDE O A DÉCADA DE 1990	81
5. DESENVOLVIMENTO DAS POLÍTICAS DO ÁLCOOL EM PORTUGAL	83
6. CONCLUSÕES: CONTEXTOS INTERNACIONAL E SUPRANACIONAL E AS POLÍTICAS DO ÁLCOOL EM PORTUGAL	86

CAPÍTULO II – CONSUMO DE ÁLCOOL E SAÚDE: ANÁLISE A PARTIR DE FONTES INTERNACIONAIS E INQUÉRITOS NACIONAIS	89
1. INTRODUÇÃO	89
2. TENDÊNCIAS DO CONSUMO DE ÁLCOOL EM PORTUGAL NO CONTEXTO EUROPEU: UMA ANÁLISE COMPARADA A PARTIR DE FONTES INTERNACIONAIS	91
3. TENDÊNCIAS DO CONSUMO DE ÁLCOOL EM PORTUGAL: UMA ANÁLISE COMPARADA A PARTIR DE INQUÉRITOS NACIONAIS	95
4. CONCLUSÕES: O CONSUMO DE ÁLCOOL E AS POLÍTICAS DO ÁLCOOL EM PORTUGAL	107
CAPÍTULO III – POLÍTICAS DO ÁLCOOL EM PORTUGAL (1999-2013)	111
1. INTRODUÇÃO	111
2. A CRIAÇÃO DO PACA - PLANO DE AÇÃO CONTRA O ALCOOLISMO (1999-2000)	113
3. A IMPLEMENTAÇÃO DO PACA - PLANO DE AÇÃO CONTRA O ALCOOLISMO (2001-2006)	138
4. A CRIAÇÃO DO PNRPLA - PLANO NACIONAL PARA A REDUÇÃO DOS PROBLEMAS LIGADOS AO ÁLCOOL (2007-2010)	199
5. A IMPLEMENTAÇÃO DO PNRPLA - PLANO NACIONAL PARA A REDUÇÃO DOS PROBLEMAS LIGADOS AO ÁLCOOL (2010-2013)	266
6. CONCLUSÕES: O SISTEMA POLÍTICO-ADMINISTRATIVO, OS ATORES SOCIAIS E AS POLÍTICAS DO ÁLCOOL EM PORTUGAL	367
CAPÍTULO IV – PERCEÇÃO DOS ATORES SOCIAIS SOBRE AS POLÍTICAS DO ÁLCOOL EM PORTUGAL	373
1. INTRODUÇÃO	373
2. O CONHECIMENTO DAS ESTRATÉGIAS POLÍTICAS DO ÁLCOOL	375
3. AS POLÍTICAS PÚBLICAS DO ÁLCOOL, OS PLANOS NACIONAIS E A ATUAÇÃO DOS ATORES SOCIAIS	376
4. CONCLUSÕES: UMA AVALIAÇÃO GLOBAL DAS POLÍTICAS DO ÁLCOOL E DOS ATORES SOCIAIS	402
CAPÍTULO V – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	407
1. DETERMINANTES GLOBAIS DAS POLÍTICAS DO ÁLCOOL EM PORTUGAL (1999-2013)	407
2. CONTRIBUIÇÕES PARA UMA ESTRATÉGIA DE SAÚDE PÚBLICA PARA AS POLÍTICAS DO ÁLCOOL EM PORTUGAL	418
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	423
ANEXOS	445

LISTAS DE TABELAS

Tabela 1 – Bebidas alcoólicas e suas formas comerciais	9
Tabela 2 - Condições de saúde doenças e problemas associados ao consumo de álcool	14
Tabela 3 - Estratégias e intervenções mais relevantes nas políticas do álcool (Babor <i>et al.</i> , 2010, 2010 ^a)	30
Tabela 4 - Custos, impacto e relação custo-efetividade das políticas para a sub-região A (Eur-A) da Região Europeia da OMS.	33
Tabela 5- Síntese da estrutura da investigação	55
Tabela 6 - Eixo transversal da política e das políticas públicas e definição das categorias de análise	57
Tabela 7 - Eixo horizontal cronológico do processo da Tomada de Decisão Política e Implementação das Políticas Públicas e definição das categorias de análise	59
Tabela 8 – Medidas consideradas como efetivas nas políticas públicas do álcool nos principais estudos desenvolvidos entre 1990 e 2010.	81
Tabela 9 – Consumo em litros de álcool puro por pessoa/ano na população com 15 anos ou mais de idade no mundo e nas regiões da OMS (WHO, 2011, 2014)	90
Tabela 10 - Consumo registado de álcool puro, em litros por pessoa/ano, na população acima dos 15 anos (WHO-GISAH, 2015; WHO Regional Office for Europe-HFA, 2015)	91
Tabela 11 – Consumo registado e não registado de álcool puro, em litros por pessoa/ano, na população acima dos 15 anos (WHO-GISAH, 2015)	92
Tabela 12 – Percentagem da população com 15 ou mais anos que se abstém e que consome álcool (WHO, 2011, 2014)	93
Tabela 13 - Consumo total de álcool puro, em litros por pessoa/ano, na população de consumidores com 15 ou mais anos (WHO, 2011, 2014)	94
Tabela 14 - Percentagem da população portuguesa que consumiu de álcool nos últimos 12 meses, por grupos etários (INS, Portugal Continental)	97
Tabela 15 - Níveis de consumo no final dos anos 1990 em Portugal através do INS	98
Tabela 16 - Prevalências de consumo de álcool e situações de embriaguez no 3º ciclo e no Secundário em Portugal (INME)	104
Tabela 17 – Percentagem de alunos com 16 anos e comportamentos face ao consumo de álcool (ESPAD)	106
Tabela 18 – Legislação criada no âmbito do PACA e políticas públicas a que dizem respeito.	173
Tabela 19 – Fiscalização da condução sob efeito do álcool: total de testes efetuados e resultados das taxas de alcoolemia (Portugal. Direção Geral de Viação, 2000 a 2005)	187
Tabela 20 – Condutores intervenientes em acidentes com vítimas: condutores testados e resultados das taxas de alcoolemia (Portugal. Direção Geral de Viação, 1999 a 2004)	187
Tabela 21 - Movimento assistencial e indicadores de produção da rede de tratamento e internamento de alcoologia (Portugal. Ministério da Saúde. Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde, 2003, 2004, 2005)	199
Tabela 22 - Membros fundadores Fórum Nacional Álcool e Saúde em 2010	247
Tabela 23 – Legislação criada no âmbito do PNRPLA e políticas públicas a que dizem respeito.	330
Tabela 24 – Indivíduos fiscalizados na condução sob o efeito de álcool e infratores entre 2010 e 2013	340
Tabela 25 – Total de condutores fiscalizados e resultados das TAS dos infratores entre 2010 e 2014	340
Tabela 26 – Vítimas mortais de acidentes de viação autopsiadas no INMLCF com TAS acima do limite legal (0,5 g/l) entre 2010 e 2013.	341
Tabela 27 – Percentagem de indivíduos intervenientes em acidentes de viação + indivíduos objeto de fiscalização com TAS acima do limite legal (0,5 g/l) entre 2010 e 2013	342
Tabela 28 - Entidades que desenvolveram estratégias de “educação e persuasão” no âmbito dos compromissos no FNAS	345
Tabela 29 – Valores do IABA e aumentos percentuais durante o período de 2010 a 2014	347

Tabela 30 – Contraordenações aplicadas no âmbito da disponibilização, venda e consumo de bebidas alcoólicas entre 2009 e 2013 em Portugal Continental	351
Tabela 31 – Evolução dos indicadores de produção da rede de tratamento e internamento de alcoologia entre 2009 e 2013	367
Tabela 32 – As categorias de medidas do questionário analisadas no âmbito da investigação	374
Tabela 33 - Classificação da Escala de <i>Likert</i> sobre o grau de conhecimento das políticas do álcool	375
Tabela 34 - Conhecimento das políticas do álcool	376
Tabela 35 - Classificação da Escala de <i>Likert</i> sobre o grau de impacto, importância e realização das políticas públicas e o posicionamento dos atores sociais	377
Tabela 36 - Síntese comparativa das perceções dos inquiridos sobre categorias de políticas do álcool.	403
Tabela 37 - Síntese comparativa das perceções dos inquiridos sobre a atuação dos principais grupos de atores sociais.	404

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Relações existentes entre o consumo de substâncias, efeitos diretos intermediadores e resultados a curto e longo prazo (adaptado de WHO, 2014; Babor <i>et al.</i> , 2010, 2003; Rehm <i>et al.</i> , 2010, 2003)	12
Figura 2- O sistema político	23
Figura 3 - Modelo lógico de investigação das Políticas Públicas de Saúde: Regulação e Legislação em Saúde Pública (adaptado de Burris <i>et al.</i> , 2010).	27
Figura 4 - Modelo lógico de investigação das Políticas Públicas de Saúde: Alocação de Recursos em Saúde Pública (adaptado de Burris <i>et al.</i> , 2010).	27
Figura 5 - Ciclo global das políticas: incorpora os processos da atividade política e das atividades das políticas públicas (adaptado de Ruas, 2012).	28
Figura 6 - Desenho da investigação: fases, abordagens e estratégias metodológicas	50
Figura 7 – Percentagem da população com 15 ou mais anos de idade que declarou consumir álcool nos 12 meses anteriores ao inquérito (INS – Portugal Continental)	96
Figura 8 - Prevalências do consumo de álcool na população em idade ativa (15-64 anos) (INCSP)	99
Figura 9 - Prevalência do consumo de mais de 5 bebidas alcoólicas mesma ocasião (<i>binge drinking</i>) nos últimos 12 meses na população ativa (15-64 anos) (INCSP)	100
Figura 10 – Comportamento de <i>binge drinking</i> nos últimos 12 meses por grupo etário ao longo dos anos (INCSP)	100
Figura 11 - Prevalências e tendências de consumo de álcool no 3º ciclo (INME - Portugal)	103
Figura 12 - Prevalências e tendências de consumo de álcool no Secundário (INME - Portugal)	103
Figura 13 – Prevalências de consumo de álcool aos 16 anos, em jovens inseridos em meio escolar, nos últimos 12 meses e nos últimos 30 dias entre 1999 e 2015 (ESPAD)	105
Figura 14 - Cronologia dos governos de Portugal, do desenvolvimento das políticas do álcool e dos organismos públicos responsáveis da área da saúde	111

LISTA DE ABREVIATURAS

AA	Alcoólicos Anónimos
ABZHP	Associação de Bares e Discotecas da Zona Histórica do Porto
ACBA	Associação de Comerciantes do Bairro Alto
ACES	Agrupamentos de Centros de Saúde
ACIBEV	Associação dos Comerciantes e Industriais de Bebidas Espirituosas e Vinhos
ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde
AEVP	Associação das Empresas do Vinho do Porto
AHRESP	Associação de Hotelaria, Restauração e Similares de Portugal
AIP	Associação Industrial Portuguesa
ANAFRE	Associação Nacional de Freguesias
ANASP	Associação Nacional de Agentes de Segurança Privada
ANEBE	Associação Nacional Empresas Bebidas Espirituosas
ANSR	Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária
APA	<i>American Psychiatric Association</i>
APAN	Associação Portuguesa de Anunciantes
APAP	Associação Portuguesa das Empresas de Publicidade e Comunicação
APCV	Associação Portuguesa dos Produtores de Cerveja
APHORT	Associação Portuguesa de Hotelaria, Restauração e Turismo
AR	Assembleia da República
ARS	Administração Regional de Saúde
ASAE	Autoridade de Segurança Alimentar e Económica
BE	Partido do Bloco de Esquerda
CAD	Comportamentos Aditivos e Dependências
CCI	Câmara de Comércio e Indústria
CCP	Clube dos Criativos de Portugal
CDS / CDS-PP	Centro Democrático Social - Partido Popular
CDT	Comissão para a Dissuasão da Toxicodependência de Lisboa (SICAD)
CE	Comissão Europeia
CEE	Comunidade Económica Europeia
CGTP-IN	Confederação Geral dos Trabalhadores Portugueses - Intersindical Nacional
CID	Classificação Internacional das Doenças (OMS)
CIG	Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género
CNAPA	<i>Committee on National Alcohol Policy and Action</i>
CNISS	Confederação Nacional das Instituições de Solidariedade Social
CNJ	Conselho Nacional da Juventude
CNPCJR	Comissão Nacional de Proteção de Crianças e Jovens em Risco
CONFAP	Confederação Nacional das Associações de Pais
CRA	Centro Regional de Alcoologia
CRI	Centro de Respostas Integradas

POLÍTICAS DO ÁLCOOL EM PORTUGAL NO CONTEXTO EUROPEU:
DETERMINANTES PARA A TOMADA DE DECISÕES E DESENVOLVIMENTO DE MEDIDAS EM SAÚDE PÚBLICA

DALY	<i>Disability Adjusted Life Year</i>
DGE	Direção Geral da Educação
DGO	Direção Geral do Orçamento
DGS	Direcção-Geral da Saúde
DGV	Direcção-Geral de Viação
DICAD	Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências
DPSM	Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental (DGS)
DSM	<i>Diagnostic and Statistic Manual</i> (APA)
DSPSM	Direção de Serviços de Psiquiatria e Saúde Mental (DGS)
ESPAD	<i>European School Survey project on Alcohol and other Drugs</i>
FAP	Fundação Aragão Pinto
FCT	Fundação para a Ciência e Tecnologia
FNAJ	Federação Nacional das Associações Juvenis
FNAS	Fórum Nacional Álcool e Saúde
FNAS	Fórum Nacional Álcool e Saúde
FPAT	Federação Port. das Instituições Afetas à Prevenção das Toxicodependências
FPCCSIDA	Fundação Portuguesa Comunidade Contra a Sida
GNR	Guarda Nacional Republicana
IDT	Instituto da Droga e da Toxicodependência
IDT	Instituto da Droga e da Toxicodependência
INCSP	Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas
INE	Instituto Nacional de Estatística
INFARMED	Instituto Nacional de Farmácia e do Medicamento
INME	Inquérito Nacional em Meio Escolar
INME	Inquérito Nacional em Meio Escolar
INMLCF	Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses
INS	Inquérito Nacional de Saúde
INSA	Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge
IPDJ	Instituto Português do Desporto e da Juventude
IPDT	Instituto Português da Droga e da Toxicodependência
IPSS	Instituições Privadas de Solidariedade Social
ISJD	Instituto S. João de Deus
MDN	Ministério da Defesa Nacional
MS	Ministério da Saúde
MAI	Ministério da Administração Interna
MJ	Ministério da Justiça
OE	Ordem dos Enfermeiros
OMC	Organização Mundial do Comércio
OMS	Organização Mundial de Saúde
OMS Europa	Escritório Regional para a Europa da OMS
ONGs	Organizações Não-governamentais
PACA	Plano de Ação Contra o Alcoolismo
PCM	Presidência do Conselho de Ministros

PCP	Partido Comunista Português
PIB	Produto Interno Bruto
PLA	Problemas Ligados ao Álcool
PLA	Problemas Ligados ao Álcool
PNRCAD	Plano Nacional de Redução dos Comportamentos Aditivos e Dependências
PNRPLA	Plano Nacional de Redução dos Problemas Ligados ao Álcool
PNRPLA	Plano Nacional para a Redução dos Problemas Ligados ao Álcool
PNS	Plano Nacional de Saúde
PNS	Plano Nacional de Saúde
PORI	Plano Operacional de Respostas Integradas
PR	Pernod Ricard Portugal, S.A
PRI	Programa de Respostas Integradas
PS	Partido Socialista
PSD	Partido Social Democrata
PSP	Polícia de Segurança Pública
SAAP	Sociedade Anti-Alcoólica Portuguesa
SICAD	Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências
SICAD	Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências
SIDA	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SPA	Substâncias psicoativas
SPMT	Sociedade Portuguesa de Medicina do Trabalho
SPTT	Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicodependência
SV	Sogrape Vinhos, SA
TAS	Taxa de Alcoolemia no Sangue
TAS	Taxa de Álcool no Sangue
TP	Turismo de Portugal, I.P.
UA	Unidade de Alcoologia
UD	Unidade de Desabilitação
UE	União Europeia
UGT	União Geral de Trabalhadores
UNL	Universidade Nova de Lisboa
VIH	Vírus da Imunodeficiência Humana

AGRADECIMENTOS:

Agradeço a todos que me acompanharam nessa jornada e apoiaram essa aventura e em particular a algumas pessoas e instituições:

Aos orientadores pelo apoio, estímulo e pelas condições criadas para que este trabalho pudesse decorrer e chegar ao fim;

À Faculdade Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa que acolheu a proposta de tese e depositou a confiança no trabalho;

À Fundação para a Ciência e a Tecnologia pelo reconhecimento, apoio e financiamento fornecidos para a concretização desta tese de doutoramento;

À DGS e ao IDT/SICAD e seus dirigentes pela atenção e abertura que demonstraram em todo este processo, dedico um especial agradecimento;

Aos atores sociais que participaram em contextos onde decorreu a investigação e colaboraram no inquérito neste âmbito, o meu agradecimento e reconhecimento sentidos.

PARTE I – ENQUADRAMENTO E ESTRATÉGIAS DE INVESTIGAÇÃO

CAPÍTULO I - INTRODUÇÃO

1. AS BEBIDAS ALCOÓLICAS E A SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA

O consumo de bebidas alcoólicas nas sociedades contemporâneas difere do seu carácter sociocultural tradicional, que perdurou durante muitos séculos até à revolução industrial. O aumento da produção, a implementação de estratégias publicitárias e de marketing e, mais recentemente, os efeitos da globalização proporcionaram severas mudanças na disponibilidade e acesso, nos padrões e contextos de consumo e na dimensão do impacto que este tem na saúde das populações.

Atualmente, a Indústria do Álcool, globalizada e com receitas que muitas vezes são maiores que as de alguns países, continua a fazer todos os esforços para influenciar e contrapor as iniciativas de Saúde Pública. Utiliza como estratégias o *lobbying* junto dos Governos, conjuntamente com os seus parceiros comerciais e alguns atores sociais capturados, corrompidos ou desavisados, confundindo a opinião pública e os meios de comunicação, ao produzir e divulgar estudos científicos desvirtuados que põem em causa as verdadeiras evidências científicas e as mensagens preventivas que tentam evitar o consumo de álcool e identificar os seus potenciais danos à saúde.

A sociedade civil ainda não alcançou o nível de organização necessário para atuar, consistentemente junto das autoridades e populações, pela implementação de medidas de Saúde Pública que reduzam substancialmente os riscos do consumo de álcool, ou que impeçam a progressão deste mercado livremente. Todavia, o atual movimento de combate aos PLA possui uma face bem diferente do que esteve nas suas origens e foi sendo construído em paralelo com a interação secular existente entre este produto, o contexto comercial, social, económico, político e cultural das sociedades.

Neste contexto, os Estados continuam a usufruir de receitas avultadas de impostos provenientes do álcool, permitindo alguma margem de manobra e alguns benefícios a essa indústria, apesar dos danos sociais e para a saúde causados serem superiores a tudo isso. Por outro lado, fazem uso da Saúde Pública e dos seus atores para defender e promover alguma ação de proteção da saúde das populações. Frequentemente procuram reunir impressões de todos os atores e conciliar interesses, o que muitas vezes secundariza a defesa do bem-público. A particularidade da situação atual, apesar de se ter desenvolvido ao longo de séculos, tem a sua origem na progressiva liberalização dos mercados mundiais ocorrida a partir do período pós-guerra de crescimento económico e social, onde as políticas e atitudes oficiais em relação ao consumo de álcool se tornaram genericamente mais liberais e levaram ao aumento da produção e do consumo (Phillips, 2015).

Na década de 1950 o consumo *per capita* nos EUA já volta aos níveis de 1916, antes da proibição, quando se previa um eminente colapso social do país, num aumento sustentado que já vinha ocorrendo desde o fim da Lei Seca. O consumo passou de ocasional e em contexto público, para um consumo incorporado na vida diária, em contexto do lar, de encontros e como acompanhamento de atividades de lazer ou desporto (Hanson, 2015; Gately, 2008).

A partir do 1950 e até o final dos anos 1970, em toda a Europa Ocidental observaram-se duas tendências paralelas: um novo aumento na produção e do consumo de álcool *per capita*, por vezes, para os níveis alcançados no século XIX e também um aumento concomitante na maioria dos problemas de saúde relacionados com o álcool (Lucas, 2004; Carvalho, 2004; Norström, 2002; Edwards *et al.*, 1994;).

Desde 1935 as cervejeiras americanas desenvolveram a capacidade de engarrafamento da cerveja que facilitava a distribuição e o consumo. A partir dos anos 1950, a indústria investiu continuamente numa estratégia de marketing agressiva e diversificada para aumentar as vendas, transformando-se em grandes produtoras e expandido a sua área de atuação nacional e internacional. Com a popularidade das cervejas em 1978, também seria liberalizada a produção de cerveja caseira em quantidades limitadas, o que permitiu a criação de uma associação nacional desses produtores. Todos esses aspetos contribuíram para estimular o consumo entre as décadas de 1950 e 1970 (Hanson, 2015). Com foi referido, o governo americano continuou a promover uma política de estímulo ao desenvolvimento económico e liberalização do mercado vindo, no final desse período, a demonstrar a preocupação de limitar algumas consequências do consumo, sem contudo atuar diretamente no mercado.

Enquanto isso, na Europa, entre as décadas de 1950 e 1970, o consumo de bebidas alcoólicas também aumentava. Na Europa Central o consumo de cerveja predominava, mas a indústria era mais controlada por sistemas de licenciamento a nível da venda. Na Europa do Norte permanecia um rigoroso controlo e mesmo monopólios estatais, mas mesmo assim, verificou-se um grande aumento de consumo de bebidas destiladas e de cerveja. Na Europa do Sul, o consumo de vinho já era alto e manteve-se neste período. Do ponto de vista económico, a produção de vinho possuía um peso importante em todos os países. Em 1958 estimativas em Itália apontavam para que 10% dos terrenos agrícolas estavam ocupados com viticulturas, dando ocupação a cerca de dois milhões de pessoas. Em Portugal, a melhoria da produção e comércio do vinho era uma preocupação constante do Estado Novo desde a década de 30, e nos anos 50 e 60 desenvolvera ações de estímulo ao comércio e ao consumo, que ficaram marcadas através de *slogans* como “beber vinho é dar pão a um milhão de portugueses”. Na verdade, na década de 1950, a indústria do vinho europeia começa a reestruturar-se e promove, ao longo da segunda metade do século XX, uma melhoria generalizada da produção, implementando um registo de regiões demarcadas de produção e denominação de origem controlada dos vinhos em diversos países, a começar pela França. A partir de 1978 a Comunidade Económica Europeia imporia regras para a produção de vinhos aos seus Estados-Membros, com vista ao controlo da produção e à garantia de qualidade. Nos anos 1980 a UE obrigaria à eliminação das últimas barreiras à produção e comércio de bebidas alcoólicas nos países nórdicos. A partir de 1950 outros países externos à Europa especializam-se na produção e comercialização de vinhos, criando produtos de qualidade e participando num mercado global bastante competitivo, com um público-alvo mais alargado e com novos estímulos ao consumo deste tipo de bebida (Freire, 2010; Estreicher, 2006; Lucas, 2004; Carvalho, 2004; Norström, 2002; Szasz, 1990). Os governos europeus não associaram as tendências de produção e consumo aos problemas de saúde e outros, mantendo uma posição de apoio ao desenvolvimento económico e tecnológico nesta área e, simultaneamente, de promoção ao desenvolvimento dos sistemas de saúde, numa altura em que o Estado Social de Bem-estar se impunha no espaço europeu ocidental (Lucas, 2004).

Assim, genericamente, desde os anos 1950 até 1970, as medidas repressivas ou reguladoras desapareceram ou foram reduzidas. Por pressão da indústria e da liberalização do comércio, assiste-se à redução das taxas aplicadas ao álcool e ao aumento dos locais de venda de álcool, sinal da liberalização do sistema de atribuição de licenças, nomeadamente na Europa. (Lucas, 2004). Entretanto, algumas sociedades enfrentaram desafios significativos relacionados com o consumo de álcool e mantiveram medidas de controlo mais rígidas e restritivas (Phillips, 2015). Por outro lado, os Estados desempenharam um papel ativo do discurso sobre o álcool, em colaboração com peritos médicos, definindo o problema do alcoolismo e determinando soluções. A implementação de políticas «reparadoras» garante que os indivíduos com problemas sejam reorientados para o sistema de saúde (Lucas, 2004). No final desse período instalou-se uma tendência para a adoção de medidas relacionadas com questões específicas associadas ao

consumo de álcool, tais como a condução sob o efeito de álcool ou consumo na infância e adolescência (Phillips, 2015).

No final deste período assiste-se uma convergência dos países europeus devido ao contexto da EU e da globalização. O controlo da produção e das vendas, globais e a retalho, decresceu. O aumento do consumismo, a criação do mercado livre europeu (com a livre circulação de capital, bens, serviços e trabalho) levou à abolição dos monopólios de produção, importação, exportação e de vendas por atacado de bebidas alcoólicas nos países nórdicos. O crescimento do consumismo pressionou que as medidas de controlo sobre o álcool fossem reduzidas ou eliminadas (Norström, 2002; Leifman *et al.*, 2002).

A partir dos anos 1970, assiste-se, em todo o mundo ocidental, a uma gradual transformação no papel do Estado, na sua relação com a sociedade e nos métodos de intervenção. Há uma evolução geral na definição de políticas, com a crescente importância de organizações internacionais e supranacionais, bem como da sociedade civil e um maior recurso a fontes de informação científica como instrumento político. O Estado deixa de ser o responsável exclusivo pela produção de bem-estar na sociedade, sendo apenas um entre vários envolvidos. O papel do Estado começa a modificar-se, mobilizado essencialmente pela comunidade científica. Emerge um novo modelo de Saúde Pública que alarga as políticas de saúde na Europa gradualmente da abordagem médica e curativa para uma perspetiva de promoção e proteção da saúde por motivos sociais, científicos e financeiros (Lucas, 2004). As políticas de Saúde Pública incluem estratégias de aumento dos impostos, aumento da idade legal permitida para o consumo de álcool, diminuição do limite legal de álcool no sangue para condutores, reforço da fiscalização do cumprimento da legislação associada ao álcool, punições mais severas para violações à lei, legislação mais restrita quanto à venda e consumo de álcool, avisos mais sérios nos rótulos das garrafas, promoção de consumo sem risco para a saúde e abstinência, entre outros (Hanson, 2013; Babor, 2010, 2003). Uma avaliação sistemática do problema e das estratégias de Saúde Pública, baseada em dados epidemiológicos quanto às implicações do consumo na ordem pública, saúde e segurança é adotada (Babor *et al.*, 2010, 2003; WHO, 2007; Edwards *et al.*, 1994). Neste contexto, o discurso em torno do álcool aborda as relações entre o indivíduo, o ambiente e o agente e deixa de se centrar apenas numa minoria de alcoólicos, abrangendo o consumo em toda a população (Lucas, 2004).

A partir dos anos 1980, a Indústria do Álcool, enquanto apoiantes de um mercado livre, reage e começa a desempenhar abertamente um papel de oposição em relação a uma intervenção ativa do Estado através da Saúde Pública. A indústria inicia uma estratégia ofensiva, desenvolvendo e promovendo argumentos científicos próprios para defender a Saúde Pública, através do financiamento de projetos científicos ou fundações de âmbito científico, envolvendo-se inclusivamente na prevenção ou promovendo uma utilização adequada de bebidas alcoólicas, com vista, essencialmente, a reduzir danos imediatos causados pelo álcool. Esta estratégia permitiu à indústria posicionar-se e combater diretamente os argumentos dos defensores da Saúde Pública. Nos anos 1990, a indústria defende uma política originalmente desenvolvida no campo das drogas ilegais, com um modelo centrado na minimização de riscos e redução de danos, bem como no conceito de normalização do consumo, informação do consumidor e assistência aos casos problemáticos. As estratégias de Saúde Pública que se adaptam a este modelo permitem um consenso, mas na maior parte dos casos são intervenções que demonstram ter pouco impacto e escassos resultados comprovados cientificamente (Idem, 2004).

Nas últimas décadas do século XX o consumo de bebidas alcoólicas na Europa, que era extremamente alto, reduziu-se sistematicamente. O mesmo aconteceu na maioria dos países desenvolvidos, tendo o consumo estabilizado após os anos 2000. Ainda assim, os valores na Europa continuaram muito acima dos valores consumidos no resto do mundo. Continuava a vigorar diferentes taxas fiscais para as bebidas alcoólicas entre os grupos de países europeus, de acordo com as bebidas de preferência – taxas mais baixas ou

nulas (principalmente para o vinho) nos países mediterrânicos e noutros produtores de vinho, taxas mais altas nos países nórdicos (Norström, 2002; Leifman *et al.*, 2002).

No início do século XXI, o consumo de álcool é apontado como um dos maiores problemas de Saúde Pública no mundo, com realce nos países desenvolvidos e em desenvolvimento, sendo um dos principais fatores de risco responsáveis pela carga de doença global (Norström, 2002; Gutjahr, Gmel & Rehm, 2001; Rehm, 2001, 2003, 2003^a, 2004; WHO, 2002). Uma série de estudos que identificam as intervenções, do ponto de vista da Saúde Pública, que apresentam uma maior efetividade de resultados foram sendo desenvolvidos (Anderson e Baumberg, 2006; Babor *et al.*, 2003; Edwards *et al.*, 1994) e a sua utilização começa a ser promovida a nível das organizações internacionais ligadas.

Têm ocorrido iniciativas que reúnem, os governos, os serviços de saúde pública, as organizações da sociedade civil, a comunidade científica e a Indústria do Alcool, numa tentativa de criação de uma linguagem comum e de conciliação de interesses, formulada num conjunto de princípios de cooperação. Neste contexto atual, em que mais atores sociais estão envolvidos no desenvolvimento e implementação de políticas relacionadas com o álcool, a principal crítica ao Estado é que este tem funcionado mais como mediador, procurando reconciliar diferentes argumentos e interesses, inclusive os interesses de saúde, económicos e comerciais, ao invés de defender os interesses do bem-público que lhe são confiados, apoiando-se nos diversos atores sociais envolvidos para legitimar o seu discurso (Lucas, 2004).

2. O PROPÓSITO E OS OBJETIVOS DA INVESTIGAÇÃO

A atual situação das políticas do álcool em Portugal leva-nos a refletir sobre os aspetos que envolvem as tomadas de decisão e a prossecução das políticas públicas dos PLA. Existem fatores determinantes para o desenvolvimento de políticas do álcool, muitos dos quais são fruto de um contexto social e económico globalizado, mas não só. Identificar e compreender esses fatores na sua dimensão complexa é fundamental para se poder analisar qualquer política de saúde nesta área. Todavia, contribuir para os objetivos legitimamente preconizados pela Saúde Pública implica ir para além da simples identificação dos atores envolvidos e dos interesses em causa. Torna-se necessário investigar como as políticas de Saúde Pública existentes até o momento e aquelas a adotar podem afetar o *status quo* de todos os atores sociais e como estes atores exercem o seu poder e adotam estratégias com vista a defender seus interesses. Anderson e Gual (2011) também referiram pelo menos três dos papéis da ciência e da investigação na orientação das políticas do álcool: na criação de modelos de análise que ajudem a prever os resultados de diferentes abordagens políticas; no estudo do impacto das mudanças promovidas pelas políticas ao vivo e *in loco* (como sendo um poderoso conjunto de experimentos naturais); e no melhoramento dos estudos sobre o impacto das políticas do álcool integradas, coordenadas e conjugadas, em oposição ao impacto das medidas de política de álcool isoladas.

Assim, o propósito desta investigação consistiu em aprofundar o conhecimento sobre os determinantes do processo de tomada de decisões e implementação de políticas na área dos Problemas Ligados ao Alcool. Deste propósito colocam-se as seguintes questões de investigação: (1) Quais as determinantes da tomada de decisões e implementação das políticas do álcool na última década em Portugal e no contexto europeu? (i) Quais as políticas do álcool preconizadas, necessárias, adotadas e implementadas? (ii) Quais são os fatores (contextuais) que influenciam o desenvolvimento das políticas do álcool? (iii) Quais são os atores sociais (arena política) que influenciam o desenvolvimento das políticas do álcool? (2) O processo de tomada de decisões e de implementação das políticas do álcool é influenciado pelas determinantes presentes em Portugal? (i) Por quê

e como? (3) Como o processo de tomada de decisões e implementação das políticas do álcool pode ser melhor influenciado por uma perspetiva de Saúde Pública em Portugal?

Com vista a delimitar melhor o campo da investigação definiu-se como seu objetivo geral identificar e caracterizar os determinantes do processo de tomada de decisões e desenvolvimento de políticas públicas relacionadas com os PLA - políticas do álcool -, nos seus contextos multisectoriais, de forma a contribuir para a construção de uma estratégia de Saúde Pública mais adequada a esse processo em Portugal.

Para a concretização desses objetivos é necessário ter em consideração a evolução do fenómeno durante os últimos anos em Portugal, identificando o período em que esteve presente uma atividade política e técnica planeada na área das políticas do álcool. A partir da definição do período em estudo – 1999 a 2013 - e da dimensão da extensão da ação política abrangida – tomada de decisão política e implementação das políticas públicas – foi possível estruturar a investigação e orientar o seu trabalho.

A principal razão desta investigação prende-se com o facto de não terem sido encontradas investigações anteriores sobre o caso específico estudado. Apesar de existir uma exaustiva literatura internacional sobre a temática dos PLA, a descrição de políticas públicas do álcool baseadas em evidências científicas e experiências de diversos países, e as recomendações elaboradas para a implementação de políticas, o que contribuiu para a compreensão dos componentes em estudo, a revisão bibliográfica apontou para a escassez de informação ou de estudos semelhantes no contexto português que permitissem a construção de um modelo empírico de análise.

A sua pertinência decorre da necessidade existente de se desenvolverem as políticas do álcool em Portugal perante o peso da doença que o consumo de álcool acarreta às populações e à sociedade. A ausência de uma política consistente e efetiva, constatada e reclamada por diversos atores e responsáveis da área em diversos momentos, bem como de uma avaliação do processo e dos resultados obtidos com as estratégias políticas desenvolvidas forneceu sentido e orientação à investigação.

Da mesma forma, as estruturas responsáveis pela elaboração e implementação destas políticas ao longo dos anos acumularam, entretanto, experiência e conhecimento fruto das iniciativas desenvolvidas, com todos os constrangimentos e oportunidades, que devem ser descritas, analisadas e utilizadas. Também os diversos atores da sociedade civil organizada e da indústria encontram-se mais disponíveis para um diálogo e para a clarificação das suas posições, diante das orientações internacionais e supranacionais dos últimos anos, criando uma oportunidade que deve ser aproveitada.

Os resultados da investigação devem contribuir para que os atuais e futuros responsáveis pela elaboração e implementação das políticas de saúde para os PLA possam beneficiar não só da experiência passada devidamente estudada e analisada, como também de um modelo de acompanhamento compreensivo das suas estratégias e ações presentes e futuras a partir desse estudo.

3. A ESTRUTURA DE APRESENTAÇÃO

A primeira parte deste trabalho dedica-se ao enquadramento dos assuntos abordados e as estratégias utilizadas na investigação.

Inicialmente é apresentado o problema e os objetivos da investigação. Segue um enquadramento do consumo de álcool e dos problemas associados, seguido de uma abordagem da forma como a política de Saúde Pública intervém em relação ao problema. Complementa este quadro uma visão sobre os principais atores sociais envolvidos nestes assuntos e a sua atuação. Por fim, são apresentadas as estratégias metodológicas utilizadas na investigação, com a abordagem ao método e ao desenho da investigação,

aos procedimentos de recolha e tratamento de dados, considerações sobre a validação dos resultados e preocupações éticas envolvidas.

A segunda parte desse trabalho dedica-se aos resultados da investigação.

Inicialmente são apresentados os principais dados epidemiológicos disponíveis sobre o consumo de álcool e os Problemas Ligados ao Álcool em Portugal e no contexto europeu e é feita uma análise crítica da evolução desses dados no período estudado. Segue-se o estudo descritivo da evolução da investigação científica e das estratégias políticas internacionais e europeias desenvolvidas nas Políticas do Álcool. São apresentados os resultados do estudo e análise das políticas o álcool nacionais, através da reconstrução do processo de elaboração e implementação dos planos alcoológicos nacionais (PACA e PNRPLA), abrangendo o período de 1999 a 2013, bem como os efeitos produzidos pelas políticas públicas. São também apresentados e complementam o estudo das políticas do álcool em Portugal, os dados recolhidos e analisados referentes da perceção dos principais atores sociais envolvidos nessas políticas, o que contribuiu para uma visão mais completa e uma análise crítica do fenómeno. Por fim, a integração e discussão dos resultados permitem apresentar um quadro da situação das políticas do álcool em Portugal e suas determinantes com vista a traçar os caminhos possíveis para o seu desenvolvimento.

CAPÍTULO II - CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS COMO UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

1. O ÁLCOOL E AS BEBIDAS ALCOÓLICAS

O álcool é uma droga legal que é comercializada, entre outras, na forma de uma bebida que faz parte dos hábitos alimentares humanos, sendo um elemento quase indissociável dos eventos quotidianos, sociais e recreativos. Assim, define-se por bebidas alcoólicas as bebidas que, como o seu nome indica, contêm álcool (UNODCCP, 2000). Todavia, as definições legais que procuram classificar esta categoria de bebida classificam-na de acordo com um nível percentual de álcool, ou grau alcoólico, superior a um limite pré-estabelecido em função da aplicação de leis específicas. No caso de Portugal considera-se como bebida alcoólica, toda a bebida que, por fermentação, destilação ou adição, contenha um título alcoométrico superior a 0,5% volume (vol.). Tecnicamente, a sua produção para consumo humano na alimentação deriva da fermentação de diversos hidratos de carbono ou açúcares provenientes de vegetais que, quando desdobrados por uma enzima proveniente da levedura, produzem etanol e dióxido de carbono. Este processo de fermentação tem como resultado um produto que possui uma graduação alcoólica que pode alcançar no máximo 13% a 14% vol. A partir deste resultado podem produzir-se por destilação bebidas com graduações alcoólicas superiores, que variam, normalmente, entre 40 e 75% vol. (Rehfeldt, 1989; Milam, 1991).

Consoante se trate de um procedimento de fermentação ou de destilação e dos produtos utilizados, consegue-se obter diferentes bebidas e graduações alcoólicas que atualmente podem ser identificadas e caracterizadas legalmente (Portugal, 1999, 1999^a; Ferreira-Borges e Cunha Filho, 2004; Comunidade Europeia, 2008) (Ver Tabela 1).

Tabela 1 – Bebidas alcoólicas e suas formas comerciais	
Cervejas:	São produzidas de cevada, milho, arroz e outros cereais, sendo consideradas bebidas alcoólicas aquelas que contêm valores superiores a 0,5% vol. Normalmente nas cervejas o processo de fermentação é interrompido artificialmente entre os 3% e os 6% vol. de álcool. Nessa categoria existem ainda as misturas de cerveja com outras bebidas não alcoólicas desde que contenham também valores superiores a 0,5% vol. Na maior parte são bebidas industrializadas que ficaram conhecidas como <i>alcopops</i>
Vinhos:	São produzidos a partir de uvas. Contêm valores entre 10 e 14% vol. de álcool, sendo este o limite de tolerância da levedura ao álcool.
Outras bebidas fermentadas:	Como a sidra, produzida de maçãs, com valores entre os 1,2% e os 10% vol., ou como os espumantes, com valores entre 10 e 15% vol. de álcool
Produtos intermédios:	Como o Vinho do Porto, por definição possuem no mínimo 15% e até os 22% vol., sendo produzidas diretamente por destilação, maceração ou adição de aromas ou pela mistura de uma bebida espirituosa com outra bebida de álcool etílico de origem agrícola ou de certos destilados. Obs: Recentemente foi apresentada uma formulação de um produto em pó a base de álcool, intitulado “Palcohol”, que pode ser misturado em água, com outra bebida ou até mesmo polvilhado sobre os alimentos (Phillips, 2014). A sua aprovação para consumo humano tem causado muitas polémicas
Bebidas espirituosas:	Como aguardente, conhaque, gim, <i>whisky</i> , rum, <i>vodka</i> , etc. Para se obter estes tipos de bebidas recorre-se à destilação de diversos cereais, frutas ou plantas, tendo como resultado bebidas que contêm valores superiores a 22° vol.. Na maioria das vezes essas bebidas possuem cerca de 40% vol., mas em alguns casos chegam a conter 75% vol..

2. O CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS

O uso social de álcool é um conceito difícil de definir na medida em que ele transmite ideias diferentes para pessoas diferentes, podendo genericamente significar um uso em contexto social propício e adequado. Comumente essa definição é comparada com um beber moderado, igualmente difícil de definir, mas que pode incluir determinadas regras de índole moral ou cultural de consumo que não impliquem um risco, perturbação ou desaprovação social. Ambas as definições são vistas de maneira errônea como uma forma de consumo que não traz consequências imediatas ou problemas visíveis socialmente para quem consome, o que nem sempre corresponde a verdade.

Assim, o “Uso Social” ou “Uso Moderado” de álcool não consegue adaptar-se facilmente a padrões e normas sociais vigentes, já que as limitações de consumo em determinadas atividades e circunstâncias não são facilmente respeitadas ou aceites. Da mesma forma, o uso social ou moderado varia com a interpretação pessoal e com os aspetos culturais e sociais presentes, não correspondendo a nenhum padrão limite de saúde ou legal estabelecido e normalmente ultrapassando-os.

Pode-se encontrar ainda a expressão “Uso Indevido”, utilizada para definir aquele uso que é feito em circunstâncias e situações onde o consumo não é indicado ou apropriado, normalmente por proporcionar um potencial risco para o indivíduo de vir a ter problemas consequentes de qualquer espécie.

Em termos médicos, o consumo de álcool de baixo risco para a saúde, assim definido pelas principais diretrizes de Saúde Pública da OMS (Babor *et al.*, 2001; Babor e Higgins-Biddle, 2001), por não acarretar um aumento do risco de doença ou problemas psicossociais considerado significativo, corresponde à ingestão de até 20 gramas de álcool por dia, não mais do que 5 vezes por semana¹ (Babor *et al.*, 2001, 2001^a). Na prática, e havendo alguma variação entre sexos, refere-se um consumo de no máximo 2 a 3 Unidades de Álcool (20 a 30 gramas) por dia para homens e 1 a 2 Unidades de Álcool (10 a 20 gramas) por dia para mulheres, com pelo menos dois dias por semana sem beber². Mesmo assim, existem limitações ao consumo de qualquer quantidade de álcool em determinadas situações clínicas e sociais, onde prevalece a abstinência, como no caso de crianças e adolescentes, mulheres que planeiam engravidar, grávidas ou que estão a amamentar, indivíduos com perturbações mentais, histórico de dependência de álcool ou drogas, doenças agudas ou crónicas, entre outros

Para o geral da população, o limite de até 5 Unidades de Álcool numa só ocasião não deve ser ultrapassado, já que é considerado um consumo de alto risco imediato referido comumente como “consumo pesado”. O padrão de uso pesado de álcool numa ocasião ou período de tempo determinado, conhecido pelo termo “*Binge Drinking*” envolve alguma discussão acerca da sua utilidade e significado, apesar de não haver dúvidas em relação a ser considerado um uso indevido de álcool e implicar um limite a partir do qual os riscos associados aumentam consideravelmente. *Binge Drinking* é definido como o uso de 5 bebidas alcoólicas (Unidades de Álcool) numa única ocasião para homens e 4 para

¹ O conceito de Bebida Padrão adotado corresponde ao valor de uma Unidade de Álcool de 10 gramas de álcool ou aproximadamente 12,5 ml.

² Na Europa, uma Bebida Padrão ou Unidade de Álcool (UA) tem aproximadamente 12 gramas de álcool e corresponde a um copo de cerveja com 5° (300 ml), uma taça de vinho com 12° (12 ml), uma dose de aperitivo com 18° (80 ml) ou uma dose de bebida destilada com 36° - whisky ou outro - (40 ml). Estas diferentes bebidas têm aproximadamente a mesma quantidade de álcool porque embora tendo volumes diferentes têm também concentrações alcoólicas diferentes. Para quantificar o álcool em gramas existente num determinado volume de bebida deve-se calcular o volume de álcool de acordo com a percentagem de álcool da bebida em causa e depois multiplicá-lo pelo fator conversor de volume em gramas, já que cada 1 ml de álcool corresponde 0,79 g. (exemplo: uma lata de cerveja corresponde a 330 ml X 5% = 16,5 (ml de álcool) X 0,79 = 13 g de álcool). Assim torna-se necessário ajustar o conceito de Bebida Padrão a realidade do país em causa, já que 1 a 2 ou 2 a 3 bebidas padrão corresponderiam, em Portugal, a cerca de 12 a 24 gramas e 24 a 36 gramas respetivamente, ultrapassando assim os valores limites estabelecidos,

mulheres. Com frequência a sua descrição está relacionada a subgrupos como estudantes, adolescentes, jovens adultos e minorias étnicas.

Este comportamento confunde-se por vezes com as ideias de uso excessivo, pesado ou de embriaguez prolongada, nomeadamente quando se mede o número de vezes que este ocorre ao longo do tempo.

Os padrões de “Uso Pesado de Álcool” podem ser caracterizados por um consumo diário ou semanal de um certo volume de álcool acima das normas (por ex. a partir de três doses por dia ou 15 doses por semana) ou pela frequência do uso de uma certa quantidade de bebida alcoólica por ocasião (ex. cinco doses por ocasião, mais de 1 vez por semana). O conceito de “Embriaguez” está mais relacionado com o estado de intoxicação derivado do consumo de álcool, independentemente das quantidades consumidas.

Em geral, os termos “*Binge Drinking*”, “Uso Pesado Episódico de Álcool” e “Uso Pesado de Álcool” têm sido usados no contexto da investigação e “Uso de Risco” no contexto das intervenções clínicas. A primeira alternativa contém medidas de volume e frequência de consumo que facilitam a recolha e interpretação de dados sobre consumo numa população. A segunda apresenta o foco daquilo que está em causa no que respeita ao consumo da substância, sendo mais utilizada na área da Saúde Pública para a definição de medidas políticas e como referência para as intervenções.

3. OS PROBLEMAS ASSOCIADOS AO CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS

O avanço na aplicação das Ciências Sociais e do Comportamento à Medicina tem tornado cada vez mais evidente a natureza multidimensional do fenómeno do uso de substâncias levando, progressivamente, ao abandono dos termos genéricos alcoolismo, tabagismo ou toxicodependência. Com este avanço, pareceu ficar clara a existência de dois campos relativamente delimitados: de um lado o conceito de dependência de uma substância (tradicionalmente médico) e do outro o conceito de problemas associados ao uso de uma substância (Gigliotti e Bessa, 2004).

Neste contexto, Edwards (cit. Gigliotti e Bessa, 2004; cit. Ramos *et al.*, 1997) propôs um modelo diagnóstico, mais concretamente na área do uso de álcool, que permite situar o indivíduo de acordo com esses dois parâmetros.

Este paradigma pode ser igualmente identificado como a base sobre a qual foram desenvolvidas as diretrizes de diagnóstico no CID-10 (WHO, 1992), onde já se identificam não apenas diagnósticos ligados a um padrão de dependência, mas também diagnósticos de uso nocivo (Gigliotti e Bessa, 2004; Ramos *et al.*, 1997), relacionados diretamente a danos à saúde física ou mental causados pelo uso de álcool, que podem ou não ser acompanhados de outros problemas e consequências sociais.

Esta conceptualização ampliou o campo para a atuação profissional na área da saúde, não mais restrito a indivíduos com um risco elevado de possuir uma perturbação associada ao consumo (tradicionalmente dependência). Permitiu a identificação e intervenção em indivíduos com problemas médicos, interpessoais ou sociais associados ao consumo (uso nocivo ou abuso), ou que estão propensos a desenvolvê-los (uso em níveis e padrões de consumo que implicam risco para a saúde), ou mesmo em indivíduos que não correm risco ou correm um baixo risco de desenvolver alguma doença associada ao consumo (abstinentes ou com níveis reduzidos de consumo) (Babor e Higgins-Biddle, 2001).

O consumo de álcool encontra-se associado a um maior risco de aparecimento de problemas numa relação dose-resposta, mas essa associação ocorre de uma forma

bastante mais específica. Os padrões de consumo de álcool proporcionam potenciais efeitos tóxicos e de intoxicação aguda e os níveis globais de consumo de álcool proporcionam os mesmos potenciais efeitos tóxicos e também o aparecimento de dependência. A qualidade do álcool consumido também pode estar associada aos seus efeitos tóxicos. Esses comportamentos de consumo e os efeitos e condições que provocam não estão isentos de riscos e problemas. Isoladamente ou em conjugação, essas condições atuam como mediadores que permitem a ocorrência de duas dimensões de problemas: os problemas de saúde - agudos e crónicos - e os problemas sociais - igualmente agudos e crónicos (ver Figura 1). Assim, o potencial poder nefasto da substância em si (agravado por fatores como a graduação alcoólica ou a qualidade de fabrico), os padrões (como a percentagem de consumidores na população e de consumo pesado episódico) e os níveis de consumo de álcool (como o volume total *per capita* consumido) são importantes fatores diretamente relacionados com os efeitos e danos que causam (WHO, 2014; Cunha Filho e Ferreira Borges, 2009; Babor *et al.*, 2003, 2010; Rehm *et al.*, 2003, 2010).

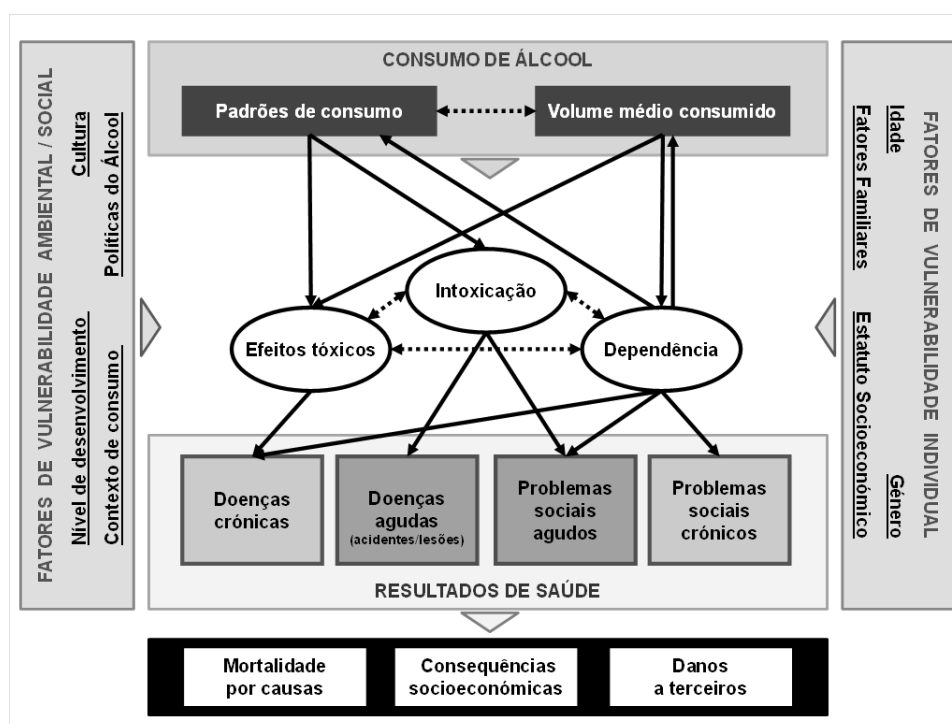


Figura 1 - Relações existentes entre o consumo de substâncias, efeitos diretos intermediadores e resultados a curto e longo prazo (adaptado de WHO, 2014; Babor *et al.*, 2010, 2003; Rehm *et al.*, 2010, 2003)

Como se pode inferir a partir do esquema apresentado, existem muitos fatores para além dos níveis e padrões de consumo de álcool que podem interferir com os níveis e os padrões de consumo de álcool, com os seus efeitos e com o aparecimento de problemas, tanto a nível do indivíduo que consome, como de outros e da sociedade (WHO, 2014, 2007; Babor *et al.*, 2010; Rehm *et al.*, 2010; Blas e Kurup, 2010).

A nível individual estão identificados basicamente quatro fatores determinantes: (i) a idade, (ii) o género, (iii) os fatores familiares e (iv) o estatuto socioeconómico. Esses são normalmente fatores relevantes para explicar as diferenças de vulnerabilidade entre indivíduos, famílias e comunidades, bem como orientar as políticas públicas para a intervenção com populações específicas.

A nível ambiental ou da sociedade também são identificados outros quatro fatores determinantes: (i) o nível de desenvolvimento (incluindo o desenvolvimento do sistema de saúde, social, além da economia em geral), (ii) a cultura, (iii) os contextos sociais de consumo de álcool e (iv) a efetividade das políticas do álcool.

Esses são normalmente fatores relevantes para explicar as diferenças de vulnerabilidade entre sociedades, bem como as tendências históricas no consumo de álcool e danos associados, permitindo orientar as políticas públicas de regulação e intervenção social.

A partir de uma perspetiva de Saúde Pública, entende-se a vulnerabilidade como a suscetibilidade a problemas de saúde ou a doença, que pode ser manifestada através de resultados físicos, mentais e sociais, incluindo os PLA. Não se pode apontar um fator de risco que isoladamente seja dominante. Os estudos sugerem que quanto mais fatores de risco uma pessoa possui, maior a sua vulnerabilidade e maior a probabilidade de desenvolver algum tipo de PLA, tendo sido demonstrado que grande parte dos indivíduos que apresentam problemas possuem geralmente mais de um fator de risco (Schmidt *et al.*, 2010; Blas e Kurup, 2010).

Os efeitos do álcool são já amplamente conhecidos (Babor *et al.*, 2010, 2003; Ferreira-Borges e Cunha Filho, 2007; Anderson e Baumberg, 2006; Silveira, 2004; Mello *et al.*, 2001). A forma como o organismo absorve e metaboliza o álcool está identificada, produzindo efeitos tóxicos tanto do álcool como dos seus subprodutos, que tendem a ser cumulativos e produzir doenças crónicas. Depois, sabe-se que o consumo de doses mais elevadas de álcool produz efeitos agudos de intoxicação numa relação dose-resposta, potenciando o risco de doenças agudas e morte, assim como uma diversidade de problemas sociais imediatos. Por fim, o consumo continuado de álcool, em volume acima do que o organismo é capaz de metabolizar normalmente e com padrões de risco presentes produzem uma adaptação do organismo, com potencial para o desenvolvimento de algum grau de dependência, de graves problemas sociais e de doenças crónicas e fatais.

Vale a pena referir aqui que em alguns locais a qualidade e segurança das bebidas alcoólicas nem sempre é garantida devido a presença de metanol (altamente tóxico) e outras substâncias derivadas de uma produção caseira tecnicamente deficiente. Esta situação é muito comum em países mais subdesenvolvidos e em meios rurais, representando um problema específico que está para além dos efeitos tóxicos comuns do álcool etílico presente em todas as bebidas alcoólicas consumidas normalmente no mercado (WHO, 2014, 2011).

Já as perturbações que têm na sua base a intoxicação ou algum grau de dependência do álcool são as patologias mais representativas associadas ao consumo., apesar de não corresponderem a maior carga de problemas de saúde ou problemas sociais associados ao consumo, que serão abordados mais adiante. Devido a essa representatividade e ao facto de, na maior parte dos casos, estas situações servirem como intermediadores dos outros problemas (conjuntamente com os efeitos tóxicos) merecem um destaque no rol de doenças e problemas associados ao consumo de álcool. Essas entidades nosológicas estão descritas nos principais manuais de classificação de perturbações mentais e comportamentais, servindo de referência para a identificação objetiva dos indivíduos.

Na Classificação de Perturbações Mentais e de Comportamento na OMS - ICD-10 (WHO, 1992) encontram-se estabelecidos os diagnósticos de intoxicação e de perturbações devido ao consumo de álcool (uso nocivo e dependência).

No *DSM-VI – Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (American Psychiatric Association, 1996) encontravam correspondência relativa nas categorias de “Abuso de substâncias” e de “Dependência de substâncias”, respetivamente. Todavia, em 2013, com a edição do DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) esta situação alterou-se. A tendência iniciada por essa nova edição é de classificar as perturbações devido ao uso de substâncias como padrões de sintomas resultantes do uso de uma

substância que o indivíduo continua a usar, apesar dos problemas resultantes. Assim, o DSM-5 combina as categorias do DSM-IV de abuso de substâncias e dependência de substâncias numa única perturbação, que varia num *continuum* de leve a grave, dependendo do acumular de um conjunto de sintomas.

Esta tendência de revisão de critérios parece estar presente também na elaboração da nova edição do CID-11 da OMS, prevista para 2017. O principal argumento reside na identificação de quadros menos graves de uso de substâncias, com risco para a saúde que merecem algum nível de acompanhamento e intervenção. O CID-11 pretende manter as duas psicopatologias existentes atualmente - uso nocivo e dependência - separadas, mas pretende discutir a harmonização das terminologias utilizadas neste campo, com o objetivo de criar uma linguagem comum internacional (WHO, 2015).

O impacto do álcool na saúde global dos indivíduos é muito diversificado e extenso e a dependência é apenas uma das patologias associadas ao seu consumo. O álcool aumenta o risco de uma vasta gama de enfermidades e doenças, agudas e crónicas, acompanhadas de problemas sociais, igualmente agudos e crónicos. Essas condições estão diretamente relacionadas com a intensidade, frequência e padrão de consumo, bem como com fatores individuais, sociais e ambientais, como já foi referido. Na prática, o consumo de álcool está identificado como uma das causas que compõem mais de 200 condições de saúde abrangidas pelo ICD-10 (WHO, 1992), sendo que mais de 30 delas incluem álcool na sua denominação. Em termos específicos, o álcool é causa, total ou parcial, de mais de 60 tipos diferentes de doenças e problemas de saúde (WHO, 2014; Escudo *et al.*, 2013; Rehm *et al.*, 2010^a; Anderson e Baumberg, 2006) (Ver Tabela 2).

Tabela 2 - Condições de saúde doenças e problemas associados ao consumo de álcool	
Ferimentos e lesões intencionais e não intencionais	Violência, suicídio, acidentes de condução sob efeito de álcool, entre outros acidentes
Problemas neuropsiquiátricos³ e perturbações mentais e comportamentais	Uso nocivo e dependência de álcool, epilepsia (para além convulsões induzidas por abstinência), comprometimento cognitivo e demência, danos a nível dos nervos periféricos e do cérebro e ainda depressão, ansiedade e perturbações do sono (apesar da dificuldade de estimar o contributo do álcool para essas últimas três condições)
Problemas gastrointestinais, metabólicos e endócrinos⁴	Cirrose hepática, pancreatite, gota, excesso de peso e diabetes tipo II;
Cancros	Trato gastrointestinal (boca, faringe, nasofaringe e orofaringe, laringe, esófago, cólon e reto), do fígado, da mama, e ainda é suscetível de causar cancro do pâncreas;
Doenças cardiovasculares⁵	Hipertensão, acidente vascular cerebral, ataque cardíaco isquémico e hemorrágico, doença cardíaca coronária, fibrilação arterial, cardiomiopatia, irregularidades do ritmo cardíaco.
Perturbações imunológicas	Aumento da suscetibilidade a certas doenças infecciosas, incluindo a pneumonia, a tuberculose. Existe ainda uma associação consistente entre o consumo de álcool e infeção por VIH e outras doenças sexualmente transmitidas.

³ Há evidência de que o consumo de álcool em doses baixas pode reduzir o risco de demências provocadas por problemas vasculares.

⁴ Há alguma evidência de que o consumo de álcool em doses baixas (de baixo risco) pode ser benéfico para diabetes tipo II enquanto consumos mais elevados são prejudiciais para esta condição.

⁵ Há evidências de que o consumo de álcool tem um efeito cardioprotetor proporcionado por níveis muito baixos de consumo para a doença isquémica do coração e acidente vascular cerebral isquémico, que todavia desaparece com o consumo mais elevado. Os estudos que têm em consideração outras influências presentes que não o álcool, referem que a maior parte da redução do risco pode ser atingida com uma média de 10g de álcool (uma bebida-padrão) consumida dia sim, dia não. A partir de 20g de álcool (duas bebidas-padrão) por dia, o risco já aumenta. O efeito é mais visível a partir de meia-idade e em idades mais avançadas tende a diminuir

Doenças pulmonares	Aumento do risco de síndrome de dificuldade respiratória aguda (SDRA) na presença de septicemia ou trauma;
Complicações pós-operatórias	Aumento do risco de complicações e necessidade de cuidados intensivos
Doenças ósseas e musculares	Aumento do risco de fraturas e de doenças musculares numa relação dose resposta do aumento do consumo,
Perturbações reprodutivas	Comprometimentos a nível da fertilidade masculina e feminina;
Complicações e danos pré-natais e natais	Inclui um aumento do risco de prematuridade e baixo-peso à nascença, síndrome alcoólica fetal no recém-nascido devido a consumo materno;
Mortalidade total	Principalmente na população jovem (mulheres abaixo dos 45 anos e homens abaixo dos 35 anos) há aumento do risco de morte numa relação dose-resposta

O consumo de álcool benéfico para a saúde é muito limitado e uma redução do risco para uma doença específica não pode ser avaliada isoladamente. O risco de morte causado pelo consumo de álcool resulta de um equilíbrio entre o aumento do risco de doenças e danos, devido ao consumo, e a redução do risco para uma doença específica através do consumo de pequenas doses (p.ex. doenças coronárias). A vulnerabilidade individual a várias doenças e determinadas condições de saúde também devem ser consideradas nesta avaliação para determinar a possibilidade de se usufruir de um benefício através do consumo de pequenas doses de álcool.

Muitas doenças e condições de saúde sofrem com a interação do consumo de álcool com outros fatores de risco para doenças. Por um lado, isto dificulta estimar a contribuição do consumo de álcool como causa da doença, mas por outro, essa interação pode potenciar o efeito danoso do álcool e/ou dos outros fatores associados. Um bom exemplo é o caso do consumo de tabaco.

Além dos danos físicos e mentais descritos, o consumo de álcool que ultrapassa os limites socioculturais definidos está associado a consequências socioeconómicas para a pessoa que consome. Estas, por sua vez, podem levar o indivíduo a ter mais problemas de saúde. As principais consequências socioeconómicas relatadas referem-se a fraca performance nos principais papéis sociais - funcionamento laboral, familiar, interpessoal; a perda de bem-estar social, produtividade, de rendimentos ou desemprego; separações, problemas e disfunções na vida familiar, incluindo violência doméstica e a uma clara tendência em determinadas culturas de estigmatização e/ou marginalização social, acompanhada da criação de barreiras ao acesso a cuidados de saúde, entre outros serviços e assistência (WHO, 2014).

O consumo de álcool não é apenas um comportamento individual isolado, mas uma atividade social, onde o comportamento daquele que consome influencia o comportamento dos outros face ao consumo (Room e Rehm, 2000), bem como o bem público e todo o desenvolvimento social em geral (Babor et al., 2003, 2010). Assim, produz também uma série de consequências para terceiros e para a sociedade em geral. As consequências do consumo de um indivíduo (como acidentes de viação e de trabalho, problemas laborais e perturbações familiares, violência interpessoal, criminalidade e desigualdades sociais, custos legais e judiciais, dos serviços sociais e dos cuidados de saúde, anos de vida perdidos e carga da doença, danos patrimoniais, entre outros) afetam os outros indivíduos, os seus bens, os seus estados de saúde e bem-estar social e influenciam os seus comportamentos em relação ao assunto. Algumas dessas situações, conhecidas como “a dimensão esquecida” do problema, têm vindo a despertar a atenção e o interesse de investigadores e de setores da sociedade ao longo dos anos. Uma abordagem de Saúde Pública que procure conhecer, atuar e influenciar o consumo

de álcool e os seus efeitos requer um olhar para além do consumo do indivíduo, abrangendo um nível coletivo e populacional (Room e Rehm, 2000).

Há um crescente nível de consciencialização e de investigação científica sobre o papel do álcool nos resultados negativos sociais e de saúde para família, amigos, colegas de trabalho, estranhos e sociedade em geral (Gell *et al.*, 2015; Babor *et al.*, 2010; WHO, 2004, 2011, 2014).

A investigação no campo da Saúde Pública permitiu avaliar os efeitos do álcool na população que consome, bem como os efeitos deste consumo e dos PLA a nível de terceiros (algumas vezes identificado como externalidades⁶ em termos económicos) e a nível da sociedade, nomeadamente em termos económicos (custos sociais) e em termos de saúde das populações (carga de doença).

Todos os comportamentos e consequências identificados até aqui têm custos associados para outros envolvidos, para as instituições e para a sociedade em geral. Revisões da evidência internacional e relatórios sobre os custos dos danos causados pelo consumo de álcool a terceiros identificaram poucos estudos que quantificam esses custos e alegam que os custos de consumo de álcool são provavelmente subestimados pelos países (Gell *et al.*, 2015; Anderson *et al.*, 2012; Navarro *et al.*, 2011; Anderson e Baumberg, 2006). Por outro lado, a carga global da doença que associa a dimensão anos de vida perdidos (que por si só não tem custo) devido a mortalidade precoce, morbilidade e incapacidade ligada ao consumo de álcool possui um já longo trabalho desenvolvido (Rehm *et al.*, 2009, 2006, 2004, 2003, 2003^b; WHO, 2014, 2004, 2002, 1999; Murray and Lopez, 1996).

Os “danos do consumo de álcool para terceiros” pode ser definido como “os efeitos adversos de alguém que consome álcool sobre as pessoas, numa gama variada de relacionamentos com quem consome” (Gell *et al.*, 2015). Os mais comuns danos do consumo de álcool para terceiros envolvem: lesões traumáticas a outras pessoas, que podem ser intencionais (p. ex. assalto ou homicídio, violência), ou não intencionais (p.ex. acidente de trânsito, acidente de trabalho, acidente doméstico); negligência ou abuso (que podem afetar uma criança, um cônjuge ou uma pessoa que está ao seu cuidado); efeitos tóxicos sobre outros indivíduos (síndrome alcoólica fetal e complicações no parto pré-termo); perda de capacidade de desempenhar funções e atividades (dificuldades educacionais e laborais, problemas financeiros ou interpessoais, etc.), da comodidade, paz de espírito ou descanso (p. ex. família, crianças, amigos, colegas de trabalho mantidos preocupados, sobrecarregados, acordados ou assustados com as ações ou ausência de quem bebe); perda do papel social que o consumidor representa e desempenha (p. ex. como um membro da família, como um amigo e / ou como um cargo de trabalho); danos materiais e patrimoniais (p. ex. roupa, objetos, carro, casa ou edifício) que podem ter origem em situações como violência, desordem pública, vandalismo, situações relacionadas com desempenho laboral, entre muitos outros (WHO, 2014; Babor *et al.*, 2010). Os diversos níveis de danos produzidos podem ser considerados como custos diretos ou indiretos. Um exemplo desta tipologia pode ser exemplificado no caso de um trabalhador forçado a acumular a carga de trabalho de um colega que bebe excessivamente e que muitas vezes fica doente e falta ao trabalho, causando um dano direto a esse colega. Mas para além disso, o absentismo no trabalho gera danos

⁶ Externalidades: Termo com origem na Economia. Pode ser definido como sendo “efeitos - positivos - benefícios - ou negativos - custos - gerados pelas atividades de produção ou consumo exercidas por um agente económico e que atingem os demais, sem que estes tenham oportunidade de impedi-los ou a obrigação de pagá-los. Portanto, externalidades referem-se ao impacto de uma decisão (venda e consumo de álcool) sobre aqueles que não participaram dessa decisão”. Partindo dessa abordagem económica, as externalidades negativas do consumo de álcool serviriam de base para os governos definirem um nível de tributação das bebidas alcoólicas para que a totalidade dos custos da decisão de beber fossem contabilizados no preço. Todavia existem muitas diferenças na definição dos custos das “externalidades” assim como variações nas suas origens e componentes, já que, por exemplo, os custos de saúde são muitas vezes um custo privado nos EUA, enquanto são predominantemente suportados pelos Estados na Europa (Anderson e Baumberg, 2006).

indiretos, como a perda de produtividade com repercussões para a organização e, em grande escala, para a economia em geral (Gell *et al.*, 2015; Navarro *et al.*, 2011).

Outra dimensão de danos analisa a despesa de um serviço de saúde ou do SNS gerados pelo consumo de álcool como sendo danos provocados pelo consumidor ou terceiros e como esse gasto se repercute em custos acrescidos no serviço ou SNS ou em falta de recursos para tratar outros doentes, provocando danos que estão para além do acontecimento em si. Assim, os danos do consumo de álcool podem atingir indiretamente as próprias atividades sociais, organizações e estruturas em que o consumidor participa ou está inserido. Além disso, esses danos podem fazer-se sentir como um excesso ou uma sobrecarga para os serviços de saúde e estruturas da sociedade que gerem as atividades de assistência a essas situações, resultando em custos importantes para a sociedade e mesmo para o bem público. Parte dos custos são suportados diretamente pelos agentes privados e outros pelos agentes públicos (o que depende também da organização da sociedade e do Estado) enquanto outros custos são suportados de forma indireta pela sociedade através de externalidades negativas.

O custo social do consumo de álcool representa a soma dos custos diretos e indiretos. Pode ser compreendido como “o valor dos recursos que são gastos em consequência de uma patologia” - neste caso os PLA (Navarro *et al.*, 2011). Apesar da variabilidade de métodos utilizados para avaliar os custos sociais, a abordagem dominante da Europa tende a basear-se na metodologia “*cost of illness*” (COI), que serve para medir os custos dos componentes dos danos a outros. O COI pode incluir os custos tangíveis bem como os custos intangíveis (Navarro *et al.*, 2011; Single *et al.*, 2003). Os custos tangíveis são aqueles que possuem um valor económico ou material identificado, como os gastos com cuidados de saúde, as perdas de produtividade ou os danos patrimoniais. Normalmente estão relacionados com as atividades que lidam ou são atingidas pelos PLA, como cuidados de saúde, institucionalização, cuidados comunitários e residenciais, absentismo, perda de produtividade, desemprego e apoios sociais, policiais, judiciais e legais, além dos danos materiais avultados e à propriedade particular e pública. A maior parte dos estudos na área do uso de substâncias como o álcool classifica-os em quatro grupos principais de custos tangíveis estimados em termos económicos: (i) custos de cuidados de saúde; (ii) custos de produtividade; (iii) custos da aplicação da lei e os custos de justiça criminal; (iv) outros custos relacionados com a destruição de propriedade atribuível a acidente ou crime derivado do consumo de álcool ou drogas. Os custos intangíveis referem-se nomeadamente ao comprometimento psicológico, *stress*, dor, sofrimento e perda de qualidade de vida em situações específicas (violência doméstica, separação e divórcio, danos ao desenvolvimento fetal e infantil, abuso, negligência e abandono de crianças e do lar, pobreza, etc...). Estas situações causam danos que não são facilmente mensuráveis, quer por serem externos à situação, quer por serem imateriais (Navarro *et al.*, 2011; Single *et al.*, 2003).

A carga da doença é uma forma específica de avaliar os danos do consumo de álcool para a sociedade em termos de saúde. Enquanto medida quantifica os efeitos do consumo de álcool na saúde e na expectativa de vida das populações, conjugando medidas de mortalidade e morbilidade. Essas medidas podem ser utilizadas posteriormente para calcular outros custos sociais como perda de produtividade, por exemplo. A carga da doença utiliza a medida “anos de vida potencialmente perdidos ajustados à incapacidade” (Disability-Adjusted Life Years – DALYs) para estimar o número de anos de vida saudável perdidos devido às doenças provocadas por cada fator de risco (neste caso o consumo de álcool), inclui os anos de vida perdidos devido a morte prematura e devido ao nível de incapacidade provocados por cada uma das doenças associadas ao

fator de risco⁷ (Anderson e Baumberg, 2006; WHO, 2004, 2002). Os DALYs medem uma lacuna na saúde entre a posição atual e o que poderia ser alcançado. Os resultados diferem das estimativas de mortalidade de duas formas: em primeiro lugar, as doenças e condições que matam as pessoas mais cedo na vida ganham importância sobre aquelas que matam mais tardiamente e, em segundo lugar, as doenças e condições não fatais, mas que afetam significativamente a qualidade de vida das pessoas ganham maior importância no contexto global das doenças (Anderson e Baumberg, 2006).

O consumo de álcool e a diversidade de doenças, enfermidades e problemas sociais associados têm sido amplamente documentados e muitas evidências científicas novas têm vindo a acumular-se ao longo dos anos. A carga global de doença que esse consumo proporciona demonstra ser tão elevada que justifica que os Problemas Ligados ao Álcool sejam uma das maiores prioridades de Saúde Pública a nível mundial.

⁷ O somatório dos DALYs seria feito sinteticamente da seguinte forma: enquanto um ano de plena saúde contaria como 1, um ano da morte prematura contaria como 0. Os anos de vida atingidos por doença que provocam danos e incapacidade, afetando significativamente a qualidade de vida, seriam pontuados entre 0 e 1, consoante a gravidade da situação.

CAPÍTULO III - POLÍTICAS DE SAÚDE E PROBLEMAS LIGADOS AO ÁLCOOL

1. AS POLÍTICAS DE SAÚDE

O conhecimento acumulado nas últimas décadas no que se refere ao consumo de álcool e aos problemas ligados a esse consumo permitiu evoluir da abordagem como um problema do indivíduo e da relação que este estabelece com o álcool - socialmente referido como alcoolismo - ao conceito mais abrangente de “Problemas Ligados ao Álcool”, que envolve todas as dimensões afetadas por este consumo e propõe intervenções que abrangem todas as dimensões que influenciam o consumo.

Essa nova abordagem levou à clarificação e desenvolvimento das diversas dimensões envolvidas no problema, à definição das estratégias de Saúde mais adequadas a cada dimensão em particular e quais destas demonstravam possuir evidência científica comprovada de eficácia e de efetividade para atingir os objetivos e resultados desejados. Demonstrou, ao mesmo tempo, que é necessário tratar de assuntos que vão para além da área da Saúde em si, envolvendo uma visão de Saúde Pública e Políticas de Saúde. As primeiras iniciativas centraram-se mais nas políticas de controlo do álcool, mas logo ganharam a dimensão maior das Políticas de Saúde.

Atualmente, as políticas públicas que dizem respeito à relação entre o consumo de álcool, saúde e bem-estar social, são descritas como “políticas do álcool” (Longest, 1998; Babor *et al.*, 2003, 2010).

As políticas do álcool são uma das áreas pertencentes às Políticas de Saúde. Pode-se entender como Política de Saúde a resposta social (ação ou omissão) de uma organização (p.ex. o Estado) diante das condições de saúde dos indivíduos e das populações e seus determinantes, bem como em relação à produção, distribuição, gestão e regulação de bens e serviços que afetam a saúde humana e o ambiente. Na definição de “Política de Saúde” abrangem-se questões relativas ao exercício do poder na área da saúde (*politics*), bem como as que se referem ao estabelecimento de diretrizes, planos e programas de saúde (*policy*). Assim, a palavra “política” na língua portuguesa expressa ambas as dimensões (Paim cit. por Paim e Teixeira, 2006).

Enquanto disciplina académica, a Política de Saúde abrange particularmente o estudo das relações de poder na conformação da agenda, bem como na formulação, condução, implementação e avaliação de políticas (*idem.*). Portanto, este conceito de “política de saúde” abrange estudos sobre o papel do Estado, a relação Estado-Sociedade e as reações às condições de saúde da população e aos seus determinantes, por meio de propostas e prioridades para a ação pública. Incluem-se ainda naquele conceito o estudo das interações com as políticas económicas e sociais, o controlo social, a economia da saúde e o financiamento (Levcovitz cit. por Paim e Teixeira, 2006.). O estabelecimento de diretrizes de saúde tem sido abordado de forma mais técnica no âmbito do planeamento em saúde e podem abranger os estudos sobre o estabelecimento de um conjunto de ações que visem à consecução de um determinado objetivo, as estratégias para lidar com problemas e os mecanismos de implementação de políticas, bem como os estudos teóricos e metodológicos para a construção de planos, programas e projetos. A criação e utilização de meios que possibilitem a concretização dos princípios de organização da política têm sido abordadas no âmbito da gestão da saúde. Estas podem abranger estudos sobre a gestão de serviços e sistemas de saúde, a gestão de qualidade, a gestão estratégica, a gestão de recursos humanos e a gestão orçamental, económica e financeira. Todas estas questões têm um papel fundamental na conformação das

políticas de saúde em geral, estando inclusive mais voltadas para a intervenção do que para investigação.

A área da política, planeamento e gestão da saúde é aquela que, no âmbito da Saúde Pública, expressa com mais clareza a dupla dimensão (saber e práticas) do campo, ou seja, o facto de que o conhecimento produzido responde a problemas e desafios colocados pelos sujeitos na sua ação política em determinados contextos históricos. Os valores, crenças e ideologias presentes podem influenciar o processo de produção do conhecimento, mas não se pode por isso abdicar do rigor teórico-metodológico na crítica e na produção de evidências. Esses pressupostos permitem compreender melhor os rumos da investigação científica nesta área, na medida em que a seleção de temas, a delimitação de problemas, a escolha de determinadas abordagens teórico-metodológicas e a própria forma de divulgação dos resultados, revelam uma complexa trama de relações entre o meio académico e as instituições de saúde e os atores sociais envolvidos (Paim e Teixeira, 2006). A prática científica nesta área pode ser considerada como um campo de forças complexo onde se produz informação e conhecimento, como bens públicos que são (*op. cit.*), ao mesmo tempo que se busca “a elaboração de políticas e ações de saúde que tenham maiores probabilidades de se tornar efetivas e tragam maiores benefícios para a saúde da população” (Barreto, 2004).

Acresce a isso o facto de que há momentos em que faltam conhecimentos para a tomada de decisões, outros em que há conhecimentos suficientes, mas as decisões são adiadas e, ainda aqueles em que as decisões são necessárias mesmo diante de escassas evidências (Paim e Teixeira, 2006). Na verdade, o processo de transformar o conhecimento em evidência útil à tomada de decisões políticas é complexo e nunca totalmente científico, sendo permeado por diferentes interpretações e valorações do conhecimento existente. Não existe uma forma única de extrair e utilizar o conhecimento científico acumulado, podendo variar desde formas não sistemáticas até formas mais sistemáticas e com metodologias estruturadas. Não por acaso, em épocas recentes, têm vindo a ser desenvolvidos os métodos de revisão sistemática (entre os quais se inclui a meta-análise), através dos quais se busca de forma metodologicamente organizada (quando possível, quantitativamente) dar sentido ao conhecimento acumulado em torno de uma dada questão. Todavia, em relação a uma mesma questão, podem existir conhecimentos diversificados, produzidos por diferentes disciplinas, muitas vezes com diferentes abordagens teóricas e em diferentes contextos históricos e geográficos (Barreto, 2004).

As Políticas de Saúde baseada em evidências, a semelhança da medicina baseada em evidências, passaram mais recentemente a ser uma estratégia de referência para melhorar a informação prestada para as tomadas de decisões políticas. Essa estratégia procura garantir que o processo de tomada de decisão política possa ter, como *input*, acesso à melhor evidência de investigação científica disponível, obtida de forma sistemática e transparente. A evidência relevante é identificada, avaliada e usada adequadamente, em contraste com outras informações menos transparentes presentes na decisão política, que possam levar a vieses e erros de interpretação e decisão. Esta estratégia tem como intenção ajudar os políticos a ganhar uma compreensão dos processos que pode permitir uma melhor clarificação da tomada de decisão (Oxman *et al.*, 2009).

Todavia, a tomada de decisão política é um processo complexo que muitas vezes é difícil de prever ou influenciar. O contexto da vida real em que os atores políticos se situam e tomam decisões é muito mais abrangente e crucial para o desenvolvimento das políticas do álcool. A maioria da investigação que analisa o papel da evidência científica na definição de políticas tem incidido sobre as características estritas das evidências e não sobre as interações entre investigadores e atores políticos dos governos (Jewell *et al.*, 2008).

Esperar uma conexão direta entre as evidências científicas e a política revela um mal entendimento sobre a natureza do contexto político. Compreender e fazer uso dessas dimensões do campo das ciências políticas permite prever melhor as oportunidades e pressões sobre a ação política, criando condições para influenciar adequadamente a construção de políticas públicas de Saúde. (Walt e Gilson, 1994; Bernier e Clavier, 2011).

Identificar e lidar com as múltiplas influências existentes e o seu papel na tomada de decisão política e na elaboração e implementação das políticas públicas é, portanto, uma tarefa complexa e variável a cada momento.

Uma das premissas da análise política é a necessidade de se produzir um conhecimento aprofundado e global, não só dos conteúdos que estão a ser tratados, mas também dos atores sociais envolvidos nesses assuntos e do contexto em que as políticas surgem, inserindo esses fatores no decorrer do processo em que elas acontecem.

Walt e Gilson (1994) propuseram um esquema simplificado - Triângulo de Análise Política – que insere os atores sociais (indivíduos, grupos e organizações) no centro da arena política e insere os assuntos ligados ao processo (i), aos conteúdos (ii) e aos contextos (iii) das políticas nos vértices do esquema, assinalando a importância com que estes se interrelacionam de forma a influenciar a política (o esquema pode ser visto no Anexo 1). Esse esquema é frequentemente referido como uma abordagem altamente simplificada para um conjunto complexo de inter-relações (Buse et al., 2005). No entanto a adaptação desse esquema às necessidades de compreensão do que está envolvido nas políticas do álcool permite uma maior objetividade na análise dos principais fatores que merecem atenção quando se aborda o assunto.

2. A TOMADA DE DECISÃO POLÍTICA E A IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS NOS PROBLEMAS LIGADOS AO ÁLCOOL

Os Problemas Ligados ao Alcool (PLA) são um assunto de Saúde Pública cada vez mais reconhecido pelos Estados como um problema no seio da sociedade. Apesar disso, as políticas públicas de saúde tendentes a reduzi-los não são facilmente concretizadas e incluem sectores diversificados que vão para além da área de atuação direta da Saúde, envolvendo questões relacionadas com o apoio social e o trabalho, a economia e as finanças, a administração interna e a segurança, entre outras. Requerem uma ação política mais abrangente, bem como tomadas de decisão em relação aos valores presentes na sociedade que ocorrem no seio do sistema político. Para além de um problema social e de Saúde Pública é preciso que os PLA adquiram o estatuto de um problema em termos políticos, necessitando de uma mobilização política através da qual os atores sociais envolvidos consigam fazer com que o assunto entre na agenda do governo, do parlamento e dos partidos, sendo discutido e negociado através da atividade política dentro do sistema político.

Nem toda a atividade política resulta em uma decisão política e nem toda a decisão política se constitui numa política pública, quer devido à decisão não se manifestar formalmente ou encerrar a sua ação em si mesma, quer pela decisão ser precisamente a de não desenvolver ou adiar uma política pública. Na alternativa da decisão política a carregar o desenvolvimento de políticas públicas, diversas ações políticas de regulação e investimentos são necessárias para implementar a decisão tomada.

Assim, a política (*politics*) seria "um conjunto de procedimentos formais e informais que expressam relações de poder e que se destinam à resolução pacífica dos conflitos quanto aos bens públicos em causa"; a tomada de decisão política corresponde a "uma escolha dentre um leque de alternativas, conforme a hierarquia das preferências dos atores envolvidos, expressando - em maior ou menor grau - uma certa adequação entre

os fins pretendidos e os meios disponíveis" e as políticas públicas (*policies*) seriam os outputs resultantes da atividade política (*politics*), compreendendo "o conjunto das decisões e ações relativas à alocação imperativa de valores" (Rua, 1998, 2012).

Nesse sentido é necessário fazer distinções na abordagem entre a tomada de decisão política e a implementação das políticas públicas subsequentes à decisão, quando se analisa o processo das políticas do álcool.

A tomada de decisão política

O processo de tomada de decisão política já foi amplamente estudado e descrito através de diferentes perspetivas da ciência política. A perspetiva sistémica procura congrega num modelo geral e integrador em que a política é definida como resposta de um sistema político a forças geradas no ambiente (Rua, 2012; Fernandes, 2008). Uma análise dos fenómenos políticos através desta perspetiva sistémica teve origem nos trabalhos de Easton⁸, na década de 1960, tendo recebido algumas contribuições de Karl Deutsch⁹ na mesma década. Posteriormente, nos anos 1980, foram feitos desenvolvimentos a este modelo por Lapierre¹⁰ (Fernandes, 2008).

O modelo lógico gerado pela perspetiva sistémica pode ser esquematizado com base em entradas (*inputs*), processo (*process*) e saídas (*outputs*) no que seria o sistema político. Este sistema estaria inserido no contexto do seu meio ambiente interno (sociedade) e externo (outros sistemas exteriores à sociedade) (Buse *et al.*, 2005; Fernandes, 2008; Rua, 2012). Mais especificamente, pode-se analisar a ação no seio do sistema político como aquela que decorre dos *inputs* (pedidos/exigências, apoios/limitações, incentivos/recursos¹¹ - oriundos dos interesses envolvidos e sistemas sociais a nível nacional e internacional/global: sistemas biossocial, ecológico, económico, cultural e político); sofre influência de *withinputs* (provenientes do próprio sistema político: organismos do Executivo, Judiciário, Governo e Parlamento); é estabelecida pela atividade política (mediada pelo regime, autoridade e comunidade política) e resulta em tomadas de decisão políticas, fruto da ação política enquanto afetação imperativa de valores a uma sociedade. Por fim, essas decisões se manifestam na forma de *outputs* (políticas públicas ou a sua ausência, legislação enquadradora, programas, planos), que serão de alguma forma implementadas no ambiente e que podem gerar novas exigências, pedidos ou recursos do ambiente societal ou extra-societal (ou do próprio sistema político) dirigidos ao sistema político através de um processo de retroação (ver Figura 2).

Apesar do modelo assumir uma excessiva redução lógica dos processos, em termos de demandas, apoios e recursos convertidos em saídas e dar pouca importância ao processo central de ação política, no interior do sistema político, mostra-se extremamente útil. Todavia, deve-se tentar compreender melhor a dinâmica da tomada de decisões durante a análise de uma política. Também não enfatiza, por não ser o foco em causa, o processo de implementação das políticas públicas decorrentes das decisões políticas (Rua, 2012).

Embora seja compreensível e desejável que os governos e os sistemas políticos: (1) exerçam as suas tomadas de decisões de acordo com a sua independência e julgamento (em vez de seguir as orientações de um grupo de investigadores e cientistas) e (2) considerem as implicações de cada indicação fornecida pelas evidências com vista a encontrar soluções ou alternativas e assim equilibrar uma série de interesses na tomada

⁸ Easton desenvolveu sua perspetiva nos seguintes trabalhos: EASTON, D. - A Framework for Political Analysis. Englewood Cliffs, New York: Prentice Hall, 1995; EASTON, D. - A Systems Analysis of Political Life. New York: 1967.

⁹ Ver: DEUTSCH, K. - The Nerves of Government. New York: The free Press Glencoe, 1963.

¹⁰ Ver: LAPIERRE, J.W - Análise dos Sistemas políticos. Lisboa: Ed. Rolim, 1980.

¹¹ "Incentivos" ou "Recursos" foi um conceito incluído posteriormente por Lapierre.

de decisão e formação de políticas (ao invés de decidir de acordo com as evidências apresentadas pela ciência como a solução adequada), isso significa que o modelo de "política baseada em evidências" estaria em desacordo com esses princípios, demonstrando ser algo simplista como solução para as tomadas de decisão políticas. Ao invés de tomada de decisão baseada em evidências científicas, teríamos uma tomada de decisão informada pelas evidências científicas. (Marmot, 2004). Embora os termos "baseada em evidências" e "informadas pelas evidências" possam ser usados como sinónimos, o segundo enfatiza melhor o papel das evidências de saúde no contexto complexo das informações que permitem as tomadas de decisão políticas (Oxman *et al.*, 2009).

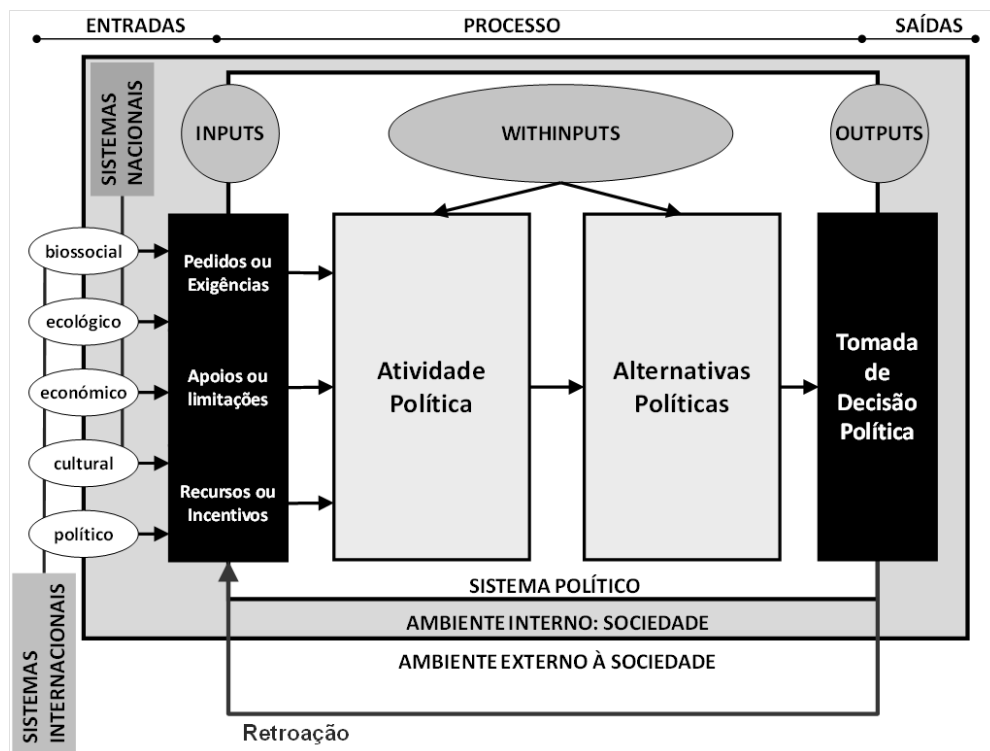


Figura 2- O sistema político

As decisões políticas na área da Saúde não são determinadas apenas por evidências científicas de saúde, mas também por evidências de outros campos das ciências, e principalmente por julgamentos, valores e outros fatores circunstanciais que os decisores políticos levam em consideração, o que só enfatiza as diferenças entre evidências científicas em si e as implicações destas evidências no contexto político e social. Da tomada de decisão não consta apenas informação sobre dados científicos da exposição e o risco para a saúde de um comportamento (como o consumo de álcool) ou de uma intervenção para a sua modificação ou outros oriundos de campos diversos das ciências, mas também constam principalmente avaliações sobre o grau em que as políticas propostas se conjugam com valores políticos e da sociedade (Marmot, 2004).

Por natureza, os objetivos e as estratégias das políticas de Saúde Pública e das Políticas do Álcool estão baseados em evidências científicas e são semelhantes em diversos países e contextos. No entanto, tanto os valores políticos como os valores da sociedade que norteiam as tomadas de decisões sobre a definição de prioridades, as estratégias a utilizar e as estruturas organizacionais e sociais a envolver, variam muito e raramente adotam um modelo racional para o desenvolvimento e implementação das políticas públicas, como o proposto pela Saúde Pública baseada em evidências. Por outro lado, a complexidade inerente à Saúde Pública implica a inclusão de diversos setores no quadro

das decisões políticas, sendo inevitável considerá-los aquando das tentativas de influenciar as tomadas de decisão e o desenvolvimento de políticas públicas (Allin *et al.*, 2004).

A implementação das políticas públicas

As políticas públicas (*policies*) oriundas da ação e tomadas de decisão política (*politics*) ocorrem na sociedade, promovendo mudanças na sociedade e alterações nas relações de poder entre os atores do Estado, da comunidade política e burocrática, organizações da sociedade civil e económica, entre outros (Rua, 2012). Esta complexidade multidimensional e a forma como a sociedade responde e reage às mudanças, o modo como os atores sociais envolvidos interagem entre si e se posicionam diante dessas mudanças e dos novos quadros sociais estabelecidos, bem como a tensão política existente pela implementação da decisão política em si e por aquela que se gera com a sua aplicação (criando novos inputs no sistema político) são aspetos importantes a serem analisados quando se olha para o sistema e o processo de desenvolvimento das políticas públicas. Além disso, o desenvolvimento de cada uma das políticas públicas em particular corresponde, no sistema, a um processo e a uma lógica, onde a elaboração das políticas é apenas uma entrada (*input*) que pretende gerar ações e produtos, que promovem as mudanças e os resultados a curto, médio e longo prazo (*outputs e outcomes*) definidos a partida. Este processo deve ser acompanhado, monitorizado, avaliado e analisado em todas as suas etapas, para verificar da aplicação das políticas e permitir fortalecimentos, ajustes e correções antes de se propor novas mudanças ou retrocessos. O desenvolvimento das políticas públicas não deixa de ser um processo inserido no sistema político em si, apenas está mais centralizado no executivo (administração pública) que no legislativo (parlamento e governo), sem que estes últimos deixem de participar e intervir.

No caso das políticas do álcool (e das políticas de Saúde Pública que procuram intervir sobre o comportamento das populações em geral), estas podem ser divididas em duas categorias, de acordo com a sua natureza e propósito: as políticas de regulação e de alocação (Longest, 1998; Babor *et al.*, 2003, 2010).

As políticas de regulação são as que procuram influenciar comportamentos e decisões dos indivíduos através de ações mais diretas, principalmente através de legislação e suas práticas jurídico-legais e jurídico-administrativas, de forma a obter, promover e defender o interesse público. Estas políticas regulam taxas e preços de bebidas alcoólicas, restringem o acesso ou consumo de bebidas alcoólicas por razões de saúde e segurança pública, impõem uma idade mínima para a compra de bebidas alcoólicas, limitam os espaços geográficos de instalação e os horários de funcionamento de estabelecimentos de venda e consumo dessas bebidas e proíbem total ou parcialmente a propaganda de bebidas alcoólicas. Assim, leis destinadas a evitar o consumo de álcool na condução, a impedir o acesso de menores ou pessoas com problemas mentais a bebidas alcoólicas ou a definir horários de funcionamento para bares são consideradas mais como tendo origem nas políticas públicas de Segurança e de Saúde (estando no âmbito das políticas do álcool) do que leis destinadas a punir os infratores de simples regras de ordenamento social.

Uma base para se desenvolver políticas públicas de regulação mais abrangentes em termos de intervenção, nomeadamente no que respeita a mudanças desejadas de comportamento, tem sido justificada pelos governos, por um lado, através da necessidade de fornecer ao cidadão o apoio adequado à ação saudável, e por outro, através do reconhecimento das falhas existentes na sociedade, dos atores sociais que podem colaborar para minimizar estas falhas e das ações legítimas que um estado responsável deve promover.

A título de exemplo, reproduz-se parte do texto que refere este assunto do relatório do governo do Reino Unido “Garantir uma boa saúde para toda a população” (*Securing Good Health for the Whole Population*) (Wanless, 2004):

"(...) As pessoas precisam de ser apoiadas mais ativamente para tomarem melhores decisões sobre a sua própria saúde e bem-estar porque há geralmente falhas sistêmicas que influenciam as decisões que os indivíduos fazem atualmente.

Estas falhas incluem a falta de informações completas, a dificuldade que as pessoas têm em considerar plenamente os custos sociais mais amplos de comportamentos específicos e atitudes sociais enraizadas que não contribuem para levar os indivíduos procurar estilos de vida saudáveis e evitar adicções.

Essas falhas precisam ser reconhecidas. Elas podem ser resolvidas não só pelos indivíduos, mas por uma ampla ação dos cuidados de saúde e serviços, governo nacional e local, meios de comunicação social, empresas, sociedade em geral, famílias e os voluntários e comunidade. A ação coletiva deve, contudo, respeitar o direito individual de escolher se quer ou não ser totalmente envolvido.

Mudar normas sociais é uma atividade legítima de Governo quando se estabelece para a nação objetivos de mudança de comportamentos. Isso pode levar algum tempo a ser conseguido, pode exigir um cuidadoso discernimento e pode, em alguma momento, ser devidamente sustentado por regulação, como por exemplo o uso do cinto de segurança. As principais alavancas para a ação do governo - impostos, subsídios, serviços de intervenção, de regulação e de informação - são consideradas..."

(Wanless, 2004 – Pág. 4 – Tradução livre)

Por sua vez, as políticas de alocação são as que promovem um recurso (físico, material, humano logístico ou financeiro) a um grupo ou organização específicos (por vezes, às custas de outro grupo ou organização), público ou privado, de forma a obter determinados objetivos de interesse público. Assim, essas políticas permitem financiar, apoiar ou desenvolver: organismos, estruturas e serviços de saúde, treino e formação a profissionais de saúde, operadores dos serviços e público, programas de prevenção, intervenções nos cuidados de saúde e serviços sociais, tratamento e reinserção aos indivíduos com doenças ou perturbações ligadas ao álcool ou simples assistência e apoio social.

A base dessas políticas de alocação estabelece-se tradicionalmente na área da Saúde, mas podem ser implementadas pelas comunidades e estruturas da sociedade civil em contextos diversos. A participação e colaboração para com os objetivos das políticas de Saúde Pública e do álcool é um dos seus pilares é necessário que seja bem direcionada e implementada com a ajuda dos atores sociais envolvidos, mas sem interferências ilegítimas que deturpam ou se aproveitam das políticas para fins particulares. Exemplos positivos, mas menos comuns que a prevenção em meio escolar feita por professores, são o envolvimento dos operadores da Indústria do Alcool no treino para atuação dos que servem bebidas com vista a reduzir o consumo inadequado ou excessivo e consequentes situações de acidentes e violência entre clientes e consumidores. Exemplos negativos ou pelo menos duvidosos são aqueles em que os mesmos operadores procuram desenvolver ações de prevenção do consumo excessivo junto dos clientes, mas com intenção comercial de transmitir uma imagem social mais positiva das marcas ou desenvolver ações de grande marketing nas quais tentam acomodar as ideias de promover um amplo consumo, induzindo ao mesmo tempo uma responsabilidade dos indivíduos para minimizar riscos consequentes.

O desenvolvimento destas políticas de regulação e alocação concretizadas em forma de leis e normas, estruturas e serviços, programas e produtos devem induzir uma resposta social, um efeito no comportamento social e um impacto na saúde das populações, que varia de acordo com a qualidade do investimento, capacidade de funcionamento, envolvimento dos atores sociais e resposta do público-alvo das intervenções, entre outros. Por isso, é necessário conhecer e monitorizar todo o processo executivo das políticas públicas e suas etapas, em cada contexto específico, de forma estabelecer práticas eficazes e eficientes, bem como resultados efetivos, já que são muitos os fatores que podem influenciar todo o processo.

A investigação nesta área das políticas públicas tem vindo a se desenvolver para além da avaliação de programas e serviços específicos, numa tentativa de abranger o sistema onde a política está inserida ou se faz. Uma referência atual na área da investigação em regulação e legislação de Saúde Pública é dado por Burris *et al.* (2010). Através de um modelo lógico de análise, que contempla uma perspetiva sistémica ao processo que vai da elaboração de legislação aos resultados de saúde, consegue identificar as diversas etapas do processo e os assuntos em causa a cada momento. A sua aplicação a diversas políticas de regulação em saúde na área dos estilos de vida já demonstrou a sua utilidade no contexto português (Cunha Filho *et al.*, 2011). A adaptação desse modelo também às políticas de alocação permite que ele se apresente de forma mais compreensiva e incorpore a totalidade das políticas públicas, estabelecendo assim um modelo lógico sistémico das políticas públicas de Saúde, onde se identifica os assuntos e as etapas sensíveis do processo (ver Figura 3 e Figura 4).

O desenvolvimento das políticas públicas se faz através das etapas do modelo lógico, onde (A) diz respeito aos processos políticos e aos fatores que influenciam a elaboração das leis e organização do sistema conforme são aprovados. Em (B) e (C) examinam os principais mediadores da cadeia que ligam as leis ou os a organização do sistema aos resultados de saúde, sendo (B) as práticas jurídicas ou produtos/serviços que possuem o seu foco na implementação ou reforço da lei e das estruturas de serviços e como afetam os sistemas em que se inserem; e (C) os efeitos da aplicação da lei ou da oferta de produtos/serviços em ambientes (físicos, estruturas sociais e instituições) e em comportamentos de saúde (coletivos e individuais). Em (D) A lei ou produtos/serviços podem afetar os comportamentos de saúde indiretamente através das mudanças nas condições ambientais que permitem melhores escolhas comportamentais. Em (E) as mudanças nos ambientes e comportamentos podem modificar o Estado de Saúde das populações.

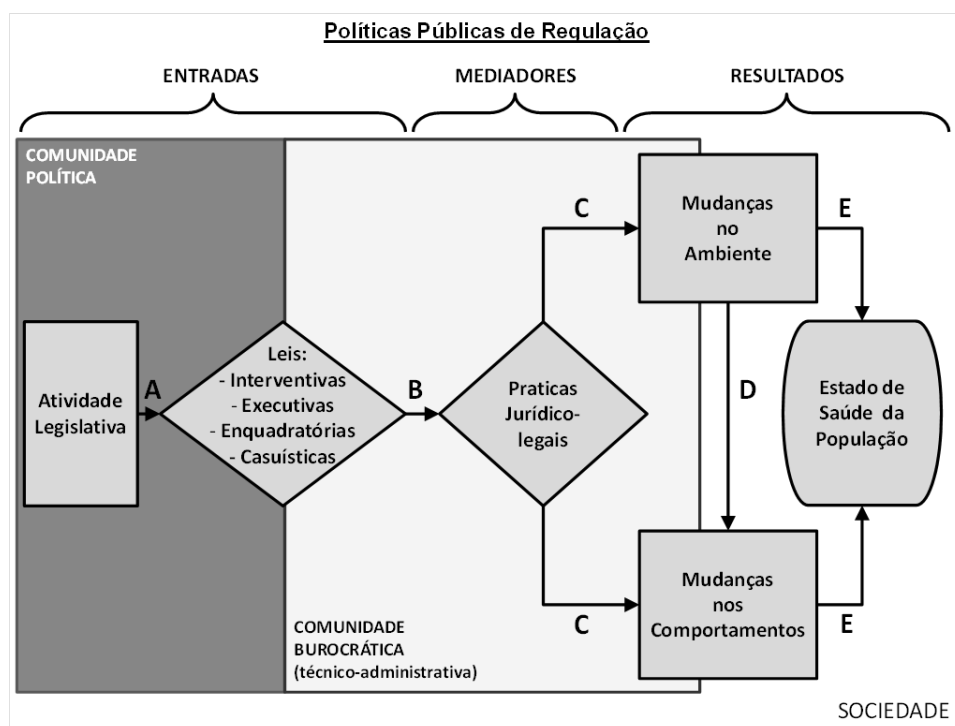


Figura 3 - Modelo lógico de investigação das Políticas Públicas de Saúde: Regulação e Legislação em Saúde Pública (adaptado de Burris *et al.*, 2010).

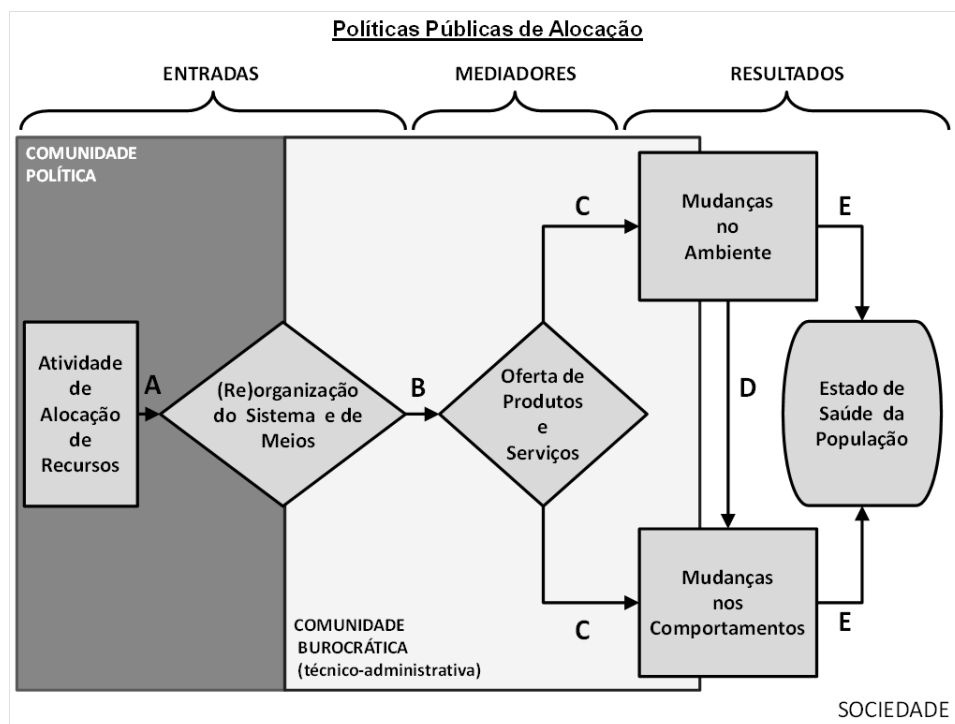


Figura 4 - Modelo lógico de investigação das Políticas Públicas de Saúde: Alocação de Recursos em Saúde Pública (adaptado de Burris *et al.*, 2010).

Integrando a tomada de decisão política e a implementação de políticas públicas

A compreensão do ciclo das políticas que abrangem a sequência dos dois processos atrás descritos dentro do sistema político pode ser de grande valia para a investigação. Considerando o processo político¹² que emana decisões sobre as políticas públicas (*outputs*) como uma fase inicial essencialmente política, e o processo das políticas públicas, que implementa essas políticas públicas em forma de medidas e intervenções, como uma fase posterior, delineia-se um ciclo global das políticas (Ruas, 2012) (ver Figura 5).

A globalidade deste processo é bem mais complexa que os dois modelos vistos separadamente. Essas duas fases são interativas e a sequência lógica que apresentam nem sempre é linear. Na maior parte das vezes apresenta recuos, salta etapas e ocorrem atividades políticas¹³ e políticas públicas¹⁴ simultaneamente. A existência de um modelo lógico para a análise de cada um dos processos pelos quais a ação política e as políticas públicas passam, por forma a fazer uma leitura centrada nos aspetos específicos de cada fase, não impede que a análise compreensiva do processo como um todo e das inter-relações existentes entre essas fases.

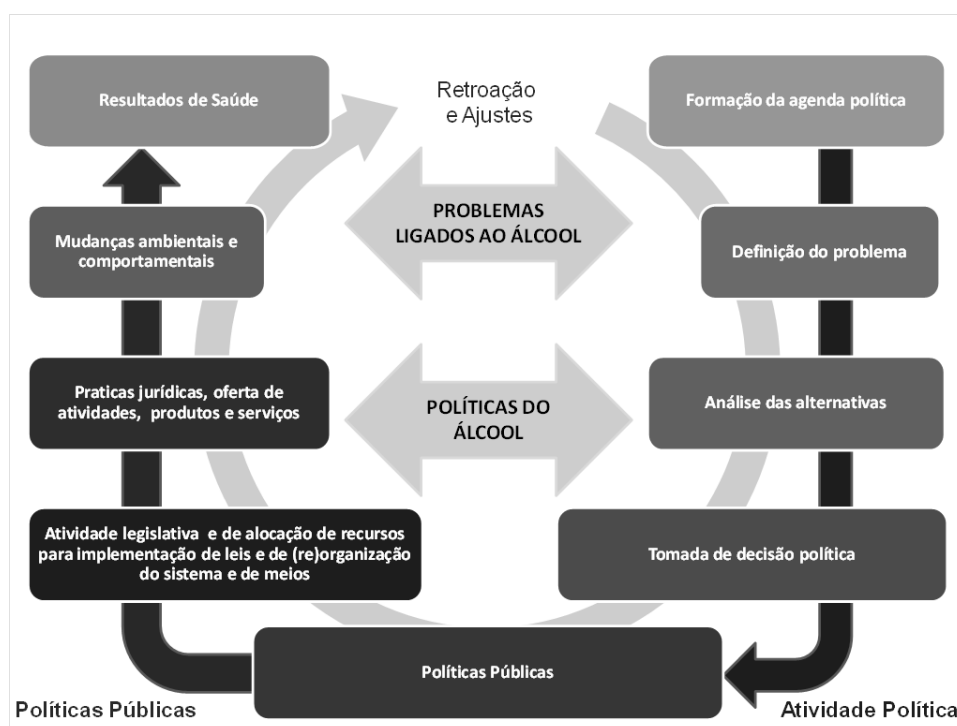


Figura 5 - Ciclo global das políticas: incorpora os processos da atividade política e das atividades das políticas públicas (adaptado de Ruas, 2012).

¹² que envolve a atividade política - desde a formação da agenda com a definição do problema e análise das alternativas - e a tomada de decisão política.

¹³ p.ex.: acidentes ou violência associada ao consumo de álcool ou aumento do consumo excessivo de álcool em idades precoces.

¹⁴ p.ex.: medidas para a condução automóvel sob o efeito do álcool ou idade mínima para consumo de bebidas alcoólicas.

3. AS POLÍTICAS DO ÁLCOOL

A OMS tem apoiado estudos aprofundados sobre as intervenções que apresentam evidência de efetividade e podem proporcionar ganhos de saúde significativos. Existe atualmente um conjunto de políticas públicas de grande qualidade, com evidência de efetividade e avaliadas nos seus custos e benefícios, que são divulgadas e promovidas para lidar com os PLA.

As políticas públicas costumam variar sensivelmente conforme as ideologias e os estilos de intenção dos Governos, mas todas elas devem ser baseadas numa abordagem teórica e em evidências científicas sobre a sua aplicabilidade e efetividade. Estas orientações aumentam a possibilidade de que uma política que seja efetiva num local possa ser também noutros. A investigação contínua dessa diversidade de experiências permite identificar quais as estratégias que têm demonstrado uma realização bem-sucedida nos seus objetivos de Saúde Pública.

As medidas de políticas públicas para o álcool identificadas na maior parte dos estudos de investigação (Babor *et al.*, 2010, 2010^a; 2003, 2003^a; WHA, 2010, 2007; Anderson & Baumberg, 2006; Edwards *et al.*, 1994) têm vindo a ser agrupadas em categorias que possuem uma lógica teórica e uma estratégia de intervenção próprias. Estes estudos também reúnem a avaliação das evidências científicas existentes sobre efetividade das estratégias e intervenções disponíveis.

A efetividade e a relevância das atuais políticas do álcool

A avaliação mais extensa e atual sobre a efetividade das intervenções nas políticas do álcool encontra-se no livro *Alcohol: no ordinary commodity: Research and public policy*, publicado em 2003 e revisto em 2010 (Babor *et al.*, 2010, 2010^a). Esta análise, que demonstra o atual estado da arte das intervenções e estratégias, possui uma longa lista de intervenções e medidas que são classificadas de acordo com a evidência de efetividade (qualidade dos resultados de investigação e experimentação), a abrangência da base de investigação (quantidade e consistência da investigação e experimentação) e a extensão das experiências transnacionais (experimentação em diferentes culturas, países, regiões e subgrupos populacionais), seguidas de comentários sobre especificidades da sua aplicação.

A seguir apresenta-se a síntese das medidas consideradas mais efetivas e de aplicação recomendada, por categoria de política pública (ver Tabela 3). Acrescenta-se a lógica da abordagem teórica de cada categoria de política pública. A análise extensiva de todas as medidas categorizadas neste estudo pode ser consultada no Anexo 2.

Quando se abordam as medidas possíveis de compor as políticas do álcool e a questão da adoção das medidas que apresentam uma maior efetividade, é preciso ter em conta que as realidades entre países, regiões e culturas são muito díspares e as tomadas de decisão sobre a adequação das medidas devem ser sempre consideradas (WHO, 2010^a; WHO Regional Office for Europe, 2009; Jernigan *et al.*, 2000).

A princípio, a implementação de uma estratégia política para o álcool a um nível nacional, regional ou local deve orientar-se sempre pelas medidas mais efetivas e estas devem estar relacionadas com os níveis e padrões de consumo de álcool e os PLA potencialmente presentes na população em causa. A estratégia adotada deve ser o mais abrangente possível, sendo composta por um conjunto equilibrado de medidas. Escolher uma única política pública é suscetível de ter um impacto limitado ou nulo na Saúde Pública. Muitas das medidas existentes potenciam-se mutuamente e permitem melhores resultados, ao mesmo tempo que uma maior abrangência permite fornecer mensagens sociais consistentes sobre o uso de álcool e os PLA. Por fim, uma combinação adequada de estratégias a ser adotada por um país ou governo depende: (i) da sua capacidade de resposta, incluindo o grau de controlo sobre o mercado do álcool e os recursos e meios

de aplicação, implementação e fiscalização; (ii) da viabilidade de implementação das medidas em diferentes contextos culturais; (iii) da aceitação pública das medidas e dos meios de implementação e (iv) da possibilidade de proporcionar uma mudança na sociedade e um impacto na Saúde Pública.

Tabela 3 - Estratégias e intervenções mais relevantes nas políticas do álcool (Babor <i>et al.</i> , 2010, 2010 ^a)	
Intervenções recomendadas	Comentários
1. Preço, impostos e taxas	Teoria: Aumentar o custo económico do álcool relativamente a outros produtos alternativos do mercado vai reduzir a procura. Avaliação: Geralmente em termos de como o preço afeta o nível de consumo na população, os PLA e as preferências de bebidas.
Taxas sobre o álcool	O aumento das taxas reduz o consumo de álcool e os danos. A efetividade depende da capacidade do governo em supervisionar e controlar a oferta de álcool (produção e distribuição e venda).
2. Regulação da disponibilidade física	Teoria: Restringir a disponibilidade física vai aumentar os esforços para se obter álcool e assim reduzir o volume total consumido e os PLA. Avaliação: Geralmente em termos de como mudanças na disponibilidade afetam o nível de consumo na população e os PLA.
Proibição total de venda de álcool	Pode reduzir o consumo e os danos substancialmente, mas frequentemente com efeitos adversos no mercado negro, que são dispendiosos de suprimir. Inefetivo sem fiscalização e cumprimento.
Idade mínima legal para a compra de álcool	Efetivo em reduzir os acidentes de viação fatais e outros danos com fiscalização e cumprimento mínimos; fiscalização e cumprimento substanciais aumentam a efetividade e também os custos.
Racionamento	Grandes efeitos em consumidores pesados.
Monopólio estatal da venda a retalho	Forma efetiva para limitar o consumo de álcool e os danos. Os objetivos de Saúde Pública e de ordem pública dos governos com monopólio aumentam os efeitos benéficos.
Restrições de horários e dias de venda	Efetivas quando as mudanças nos horários de comércio reduzem significativamente a disponibilidade de álcool ou quando os problemas, como acidentes ou violência durante a noite e madrugada, estão especificamente relacionados com horas de venda de álcool.
Restrição à densidade de pontos de venda	Evidência tanto para o consumo como para os danos. Mudanças no número de pontos de venda afetam mais a disponibilidade em áreas com já baixa disponibilidade prévia. Em áreas com alta densidade de pontos de venda e diversão, podem causar desordem pública e violência.
Disponibilidade diferenciada de acordo com o teor alcoólico	Mais testados em termos de diferentes teores alcoólicos de cerveja e para a disponibilidade ampliada de vinho
3. Modificação do contexto de consumo de álcool	Teoria: Criar constrangimentos sociais e ambientais vai limitar o consumo de álcool e reduzir os acidentes e a violência associada. Avaliação: Geralmente em termos de como treino de servidores, a fiscalização e a responsabilidade legal afetam a violência e outros danos ligados ao álcool.
Fiscalização reforçada das leis e requisitos legais nos pontos de venda	Efeitos sustentados dependem do reforço da fiscalização como parte da prática contínua das autoridades.
4. Medidas contra a condução sob o efeito de álcool	Teoria: Dissuasão, punição e pressão social vai inibir e reduzir a condução sob o efeito do álcool e danos associados. Avaliação: Muita investigação tem-se focado nos efeitos da intervenção nos acidentes de tráfego e nas reincidências após sanções criminais.
Pontos de controlo para verificação da sobriedade	Efeitos das campanhas policiais são tipicamente de curta duração. A efetividade dissuasiva é proporcional a frequência da implementação e a grande visibilidade.

Testes de alcoolémia aleatórios	Efetividade depende do número de condutores diretamente afetados e da existência de uma fiscalização consistente e altos contornos.
Redução do limite legal de taxa de álcool no sangue (TAS) para a condução	Quanto mais baixo o limite legal de TAS, mais efetiva é a medida. Limites muito baixos de TAS (tolerância zero) são efetivos para os jovens e podem ser efetivos para adultos, mas limites abaixo de 0,2 gr/l são de difícil fiscalização.
Suspensão administrativa da licença de condução	Quando a punição é célere, a efetividade aumenta. Efetiva em países onde é aplicada consistentemente.
Limite legal de TAS mais baixo para jovens condutores (tolerância zero)	Evidência clara de efetividade para todos os condutores que se encontram abaixo da idade legal para compra de álcool.
Licenças de condução progressivas para condutores principiantes	Podes ser utilizado incorporando baixos limites de TAS e restrições nas licenças dentro de uma estratégia global. Alguns estudos apontam que as disposições a "tolerância zero" são responsáveis por esse efeito.
5. Restrições ao marketing	Teoria: Reduzir a exposição ao <i>marketing</i> que normaliza consumo de álcool e o associa a aspirações sociais vai desacelerar recrutamento de consumidores e reduzir o consumo pesado nos jovens. Avaliação: Baseia-se em duas áreas de investigação separadas: (1) efeitos da publicidade e promoção em jovens consumidores e suas atitudes e (2) efeitos do início ou da remoção da proibição de publicidade e outras intervenções de <i>marketing</i> .
Restrições legais a exposição a publicidade	Forte evidência de efeito dose-resposta da exposição em jovens que consomem, mas evidência de efeitos pequenos ou insignificantes no consumo <i>per capita</i> para proibições parciais da publicidade. Proibição de publicidade ou restrições podem mudar as atividades de <i>marketing</i> para áreas menos reguladas dos <i>media</i> .
6. Educação e persuasão	Teoria: Informações de saúde que aumentam o conhecimento e as mudanças de atitudes vão prevenir o consumo problemático. Avaliação: Geralmente em termos de conhecimento e atitudes. Os efeitos no início do consumo e nos problemas com consumo é equívoco ou mínimo. A população alvo é constituída de jovens consumidores salvo disposição em contrário.
(Sem recomendações)	---
7. Intervenção precoce e Tratamento	Teoria: A dependência do álcool será prevenida através de uma abordagem motivacional de redução do consumo e dos riscos por parte dos consumidores pesados. Várias intervenções terapêuticas vão aumentar a abstinência entre as pessoas que desenvolveram dependência do álcool. Avaliação: Geralmente em termos de dias ou meses de abstinência, redução da intensidade e do volume consumidos e melhorias na saúde e funcionamento social. A população alvo é consumidores com uso nocivo e dependência, salvo disposição em contrário.
Intervenções breves com consumidores de risco	Pode ser efetiva, mas muitos dos profissionais dos cuidados de saúde primários têm uma falta de treino e de tempo para conduzir rastreios e intervenções breves.
Participação em organizações e grupos de autoajuda	Viável e custo-efetiva como complemento ou alternativa ao tratamento formal em muitos países.
Desintoxicação médica e social	Seguro e efetivo para tratamento de sintomas de abstinência. Reduzem danos ligados ao álcool e previnem a mortalidade. Pequeno efeito a longo prazo no consumo a menos que combinado com outras terapias.
Psicoterapias baseadas em conversa	Uma variedade teórica de terapias para tratar pessoas com dependência em contexto de ambulatório e de internamento residencial. A população beneficiada é pequena devido ao fato de muitos países terem disponibilidade de serviços de tratamento limitada

A efetividade e o custo-efetividade das políticas do álcool a nível europeu

Outro estudo aprofundado que abordou a efetividade de um conjunto de políticas do álcool no âmbito da UE foi desenvolvido em 2006 (Anderson & Baumberg, 2006). Os seus resultados estão em linha com os anteriormente relatados.

As políticas públicas contra a condução sob efeito do álcool mostraram-se muito efetivas e incluíam testes de alcoolémia aleatórios, redução do limite legal da concentração de álcool no sangue para a condução, suspensão administrativa da licença de condução, limite legal da concentração de álcool no sangue para a condução mais baixo para jovens condutores (tolerância zero).

As políticas públicas de educação e persuasão, comunicação e consciencialização pública demonstraram ter baixo impacto em termos de efetividade. Apesar da boa qualidade de alguns programas educacionais em meio escolar, a pequena dimensão do seu impacto populacional proporciona uma efetividade limitada.

As políticas públicas de regulação do mercado apresentam, em geral, uma forte evidência de efetividade. Estas incluem as taxas sobre o álcool e medidas de regulação de disponibilidade (como as que restringem de alguma forma os pontos de venda ou a venda de álcool e as que aumentam a idade mínima legal para a compra de álcool).

As políticas públicas de modificação do contexto de consumo de álcool apresentaram um crescimento da evidência de efetividade na redução dos danos causados pelo consumo. Todavia, o efeito da maior parte das medidas depende do reforço da fiscalização por parte das autoridades dos pontos de venda e consumo.

Por fim, As políticas públicas de intervenção precoce apresentaram extensa evidência de efetividade para as intervenções breves, nomeadamente nos cuidados de saúde primários, para reduzir o consumo de risco e nocivo.

Os custos sociais e de saúde associados ao consumo de álcool e aos PLA são muito elevados e já foram comparados com os benefícios económicos da atividade da indústria, demonstrando que os superam largamente. Essas estimativas e comparações não estariam completas sem uma avaliação do custo e do custo-efetividade das principais estratégias e intervenções das políticas do álcool. Esta evidência tem sido estudada, descrita e sumariada numa série de publicações nos últimos anos (Anderson, Møller & Galea, 2012; Babor *et al.*, 2010; WHO Europe, 2009; Anderson, Chisholm & Fuhr, 2009).

Basicamente, os estudos referenciados utilizam um modelo económico de estimativa dos custos de implementação das medidas, bem como os benefícios de saúde e sociais que estas medidas podem proporcionar, comparados com a situação hipotética da sua não existência. Os resultados de saúde estão descritos sob a forma de DALY's (*Disability Adjusted Life Years* ¹⁵) salvos, enquanto os resultados sociais, como danos materiais, de produtividade ou crime podem ser adicionados em termos financeiros. Uma demonstração desses instrumentos e dos seus resultados, inclusive na área das políticas do álcool na Europa, pode ser encontrada no *site* da OMS *WHO CHOICE*¹⁶ (WHO, 2012^a).

Um desses estudos (Anderson, Møller & Galea, 2012) apresenta os resultados encontrados para a sub-região europeia em que se inclui Portugal (sub-região Eur-A¹⁷ da Região Europeia da OMS) sobre os custos das medidas e os ganhos de saúde, calculados para um conjunto de intervenções (ver Tabela 4).

¹⁵ DALY's - Anos de vida potencial perdidos ajustados para a incapacidade

¹⁶ Para ver o web site do WHO CHOICE siga o *link*: <http://www.who.int/choice/cost-effectiveness/en/>

¹⁷ EUR A - Andorra, Austria, Belgium, Croatia, Cyprus, Czech Republic, Denmark, Finland, France, Germany, Greece, Iceland, Ireland, Israel, Italy, Luxembourg, Malta, Monaco, Netherlands, Norway, Portugal, San Marino, Slovenia, Spain, Sweden, Switzerland, United Kingdom.

Tabela 4 - Custos, impacto e relação custo-efetividade das políticas para a sub-região A (Eur-A) da Região Europeia da OMS.

Eur-A Áreas de políticas públicas e medidas específicas	Cobertura da população (%)	Custo anual (em milhões de I\$) por milhão de pessoas ¹⁸	Efeito anual por milhão de pessoas (DALYs salvos)	Custo (I\$) por DALY salvo ¹⁹
Conscientização (educação e persuasão): Educação em meio escolar	80	0,84	---	N.A.
Ação comunitária (educação e persuasão): Campanhas de <i>mass media</i>	80	0,83	---	N.A.
Resposta do sector da saúde: Intervenções breves com consumidores de risco	30	4,20	672	6256
Medidas contra a condução sob o efeito de álcool: Legislação restritiva e fiscalização através de testes de alcoolémia aleatórios	80	0,77	204	3762
Regulação da disponibilidade física: Redução da disponibilidade e acesso a pontos de venda	80	0,78	316	2475
Restrições ao marketing (comercialização de bebidas alcoólicas): Proibição abrangente de publicidade	95	0,78	351	2226
Políticas de preços e taxas				
Aumento dos impostos especiais sobre o consumo em 20%	95	1,09	2301	472
Aumento dos impostos especiais sobre o consumo em 50%	95	1,09	2692	404
Execução fiscal (Reforço da cobrança e fiscalização das taxas) - menos 20% e álcool não registado	95	1,94	2069	939
Execução fiscal (Reforço da cobrança e fiscalização das taxas) - menos 50% de álcool não registado	95	2,21	2137	1034

As conclusões desta investigação sobre as políticas públicas para o álcool confirmam algumas recomendações e indicam caminhos a seguir na implementação das medidas. As intervenções de consciencialização e de ação comunitária, os programas de educação em meio escolar, bem como das campanhas de consciencialização de *mass media* não alteram os níveis de consumo ou os resultados de saúde, embora essas intervenções não tenham custos altos. A resposta do sector da saúde possui um custo-efetividade estimado das intervenções breves que não é tão favorável quanto os outros instrumentos de política de nível populacional, devido a uma cobertura populacional menor e à necessidade de um contato direto individualizado com os profissionais e serviços de saúde, aumentando o investimento inicial a ser feito. Mas, embora as intervenções breves sejam mais caras de implementar, nas despesas de serviços de saúde estas são das mais custo-efetiva de todas as intervenções, promovendo ganhos de saúde. As políticas públicas sobre condução sob o efeito do álcool apresentam uma relação custo-efetividade mediana, custos mais baixos de implementação mas com efeitos menores. A conjugação de políticas públicas com custos e efeitos comparáveis podem produzir melhores resultados. Por exemplo, a restrição da disponibilidade e do acesso a pontos de

¹⁸ Custo de implementação em 2005 referenciado em dólar internacional (I\$).

¹⁹ Rácio custo-efetividade, expresso em termos de dólar internacional (I\$) por DALY salvo.

venda (em dias da semana e horários), associada a uma proibição abrangente de publicidade, possui potencial para ser custo-efetiva se ambas as medidas forem plenamente implementadas e fiscalizadas. Por fim, o aumento das taxas sobre as bebidas alcoólicas é estimado como sendo altamente custo-efetivo na Europa. A possibilidade desses aumentos serem mitigados por produção ilegal, evasão fiscal e contrabando existe e está estimado em cerca de 12% para a subregião Eur-A, mas o consumo de bebidas não registadas pode ser reduzido através de uma melhor fiscalização, cobrança e execução fiscal. Uma das vantagens dessas políticas é o seu razoável custo de implementação e o efeito de grande dimensão que proporciona.

4. OS ATORES SOCIAIS NAS POLÍTICAS DO ÁLCOOL

As intervenções de Saúde Pública e das Políticas do Álcool devem levar em consideração a atividade, o posicionamento e a ação dos atores sociais de uma sociedade, como vista a identificar quais podem colaborar para se atingir um objetivo proposto de “bem comum” das políticas públicas (Babor *et al.*, 2003, 2010). Nesses atores podem considerar-se três grandes grupos: os do setor público (organismos políticos e burocráticos), os do setor privado (organizações setoriais e empresariais diretamente envolvidas, grupos de interesse) e os da sociedade civil (ONGs, instituições científicas, associações profissionais, sindicatos, etc...). Podem ainda considerar-se os atores sociais externos à sociedade em causa, como ONU, OMS, FMI, Banco Mundial, UE, CE e PE ou Organismos setoriais internacionais e entidades relacionadas ou ONGs, Coligações e Federações transnacionais, respetivamente (Fernandes, 2008; Ruas, 2012).

Mas, numa área em que estão presentes uma quantidade substancial de interesses, pontos de vista e assuntos relacionados, parece ser necessário esclarecer de que forma os atores sociais influenciam todo o processo e os resultados de saúde. Isto no sentido de identificar quem legitimamente deve ou pode participar ou colaborar, e em que nível, no processo de tomada de decisão política e na elaboração e desenvolvimento de políticas públicas de Saúde, como é o caso das Políticas do Álcool (Buse *et al.*, 2005; Cunha Filho *et al.*, 2010).

Um enquadramento adequado descreve o processo de definição das políticas públicas como sendo “decisões de autoridade que são feitas pelos governos através de leis, normas e regulamentos” (Longest, 1998). A palavra autoridade indica que as decisões provêm da legítima competência dos legisladores e de outros grupos de interesse público oficiais, e não da indústria privada ou de *lobbys* e outros grupos relacionados à defesa dos seus interesses próprios. O objetivo central das políticas do álcool é definido como o “de servir aos interesses da Saúde Pública e Bem-estar Social, através do seu impacto sobre a saúde e os determinantes sociais, tais como os padrões de beber, os contextos em que se bebe e os serviços de saúde disponíveis para tratar bebedores problema” (Babor *et al.*, 2003, 2010).

Assim, destacam-se dois tipos de grupos de interesse no quadro das tomadas de decisão e das políticas públicas: os primeiros possuem uma legítima participação nas decisões de autoridade e os segundos atuam pressionando as autoridades em função dos seus interesses particulares. Como tal, alguns autores estabelecem como diferenças fundamentais entre os “grupos de interesse” e os “grupos de pressão” no que concerne à sua participação nas decisões de políticas públicas: a especificidade da motivação que possuem, os objetivos que pretendem atingir com a sua ação e a forma como os tentam atingir (Fernandes, 2008; Pereira, 1999).

Muitas vezes, grupos de pressão tentam legitimar a sua ação se fazendo representar por agentes ou constituindo organizações que apresentam uma missão aparentemente legítima e aceitável do ponto de vista do interesse público, mas que, na verdade,

representam interesses privados, sendo apenas mais uma das formas de exercerem pressão sobre as autoridades e o poder (Cunha Filho *et al.*, 2010; Pereira, 1999).

Todas essas possibilidades tornam o campo de atuação dos atores sociais que participam na política e nas políticas públicas de difícil percepção, por vezes privilégio de alguns bem informados e conhecedores de fatos não declarados publicamente.

Neste contexto, e no sentido de permitir uma adequada tomada de decisão política e implementação das políticas públicas do álcool, é necessário clarificar a colaboração que os diferentes atores sociais e grupos de interesse podem ter no decorrer do processo, com vista à prossecução e defesa dos interesses públicos. De acordo com a OCDE (2001), a qualidade da colaboração e da influência nos processos que ocorrem entre os cidadãos, organizações e seus representantes e o Estado, pode variar com o grau de interação desenvolvido. A ação que mediante um desejado processo democrático de colaboração em prol do bem comum, seria, à partida, a da participação ativa²⁰ dos vários atores sociais poderá, todavia, perante um prisma de maior ou menor legitimidade dos interesses representados, ter que ser limitada a uma simples consulta²¹, ou mesmo ao mero direito à informação²² sobre a questão em causa, cabendo esta delimitação do nível de participação correto às instâncias que detêm a autoridade política e defendem os interesses públicos (Cunha Filho *et al.*, 2010).

A seguir, discute-se alguns aspetos, quer internacionais, quer nacionais, sobre a ação de cada um dos atores envolvidos nas políticas do álcool e os seus interesses, nomeadamente: os Poderes Públicos e organizações dos Estados, as ONG e Sociedade Civil Organizada e a Indústria do Alcool.

4.1. PODERES PÚBLICOS E POLÍTICAS DO ÁLCOOL

Em Portugal, diversas autoridades do setor público estão envolvidas nas tomadas de decisões políticas e na implementação de políticas públicas sobre o álcool, com uma variedade de aspetos políticos e decisões de autoridade que por vezes são concorrentes entre si. Organismos com competências delegadas de diversos ministérios como Saúde, Administração Interna, Economia, Finanças, Trabalho e Segurança Social, entre outros, participam neste processo, que leva a uma tomada de decisão final de governo, onde a clarificação política da prioridade dos PLA e das políticas do álcool, se torna por vezes esbatida.

Por sua vez, as decisões de governo tendem a ser centralizadas pela própria estrutura do Estado e a implementação das políticas públicas parte da iniciativa dos organismos centrais para as estruturas intermédias e locais, numa estratégia do tipo *top-down*. Essas decisões proporcionam um enquadramento a nível legislativo e regulatório que se mostra essencial para a criação e desenvolvimento das medidas de políticas públicas.

(²⁰) Deve providenciar-se tempo e flexibilidade para o aparecimento de propostas dos cidadãos e da comunidade, e criarem-se mecanismos de integração. Esta relação baseia-se numa parceria com os governos e demais instituições sociais, através da qual os cidadãos e a comunidade participam ativamente na definição do processo e conteúdo das decisões e das ações que lhes dizem respeito. Podem ser da iniciativa dos governos e demais instituições sociais, ou da iniciativa do cidadão e da comunidade.

(²¹) Deve ser conduzida com base em objetivos claros e de acordo com as regras que definem claramente os limites desse exercício. Esta relação é bilateral e baseia-se na definição à priori, por parte dos governos e demais instituições públicas, do assunto em relação ao qual os cidadãos e a comunidade irão pronunciar-se (feedback). Requer tanto a prestação, por parte dos governos e demais atores sociais, da informação necessária, como o convite para contribuir com o seu ponto de vista e opinião.

(²²) Deve ser completa, objetiva, acessível, de confiança, relevante e fácil de encontrar. Esta relação é unilateral. Os governos e demais instituições sociais produzem e prestam informação para o uso dos cidadãos e da comunidade. Este processo pode ser realizado de forma passiva, através da solicitação direta dos cidadãos, ou de forma ativa, através de meios de comunicação escolhidos de modo a disseminarem a informação considerada importante.

Com um poder público caracterizado por um certo corporativismo social²³, com o crescimento de uma elite de poder formada por grupos de pressão (Fernandes, 2008; Pereria, 1999), o objetivo político geral das tomadas de decisão políticas tem sido o de encontrar uma conciliação dos interesses gerais com os particulares de grandes grupos de pressão, ou pelo menos evitar contenciosos, de forma a produzir uma boa política pública.

Os grupos de pressão - em geral grupos que agem por interesses económicos, setoriais ou profissionais próprios - possuem maior poder de *lobbying* e influência que os grandes grupos sociais ou de cidadãos com interesses ligados ao bem-público - em geral grupos que se dedicam a causas coletivas e sociais. Em caso de conflito entre o interesse público dos cidadãos e os interesses privados destas organizações pode esperar-se uma maior oposição destes grupos de pressão, comprometendo a capacidade de implementar políticas públicas (Fernandes, 2008; Buse *et al.*, 2005; Pereria, 1999).

Dentro dos governos existem igualmente interesses diversos na sua estrutura e funcionamento e há uma disputa constante pela imposição de agendas políticas e busca de recursos escassos. Acresce que é necessária, para além da vontade política dos órgãos de governação, influência e poder de negociação constantes por parte dos responsáveis político-administrativos no que concerne a definição das agendas de executivas e orçamentais para a concretização das políticas públicas. O resultado final, muitas vezes identificado nas políticas públicas em geral e nas políticas do álcool em particular, traduz-se em legislação omissa ou com desvirtuada, regulação fraca, ausência, incapacidade ou ineficiência de estruturas administrativas, práticas legislativas e serviços necessários à resposta aos problemas (Babor *et al.*, 2010; Cunha Filho *et al.*, 2010; Buse *et al.*, 2005).

A maior parte das autoridades de saúde dos Estados identificam o consumo de álcool como gerador de aspetos negativos para a saúde e o bem-estar da população e muitos reconheceram o combate ao PLA como uma prioridade de saúde, nomeadamente em populações vulneráveis às estratégias da Indústria, como mulheres e adolescentes. Todavia, o assunto e as políticas públicas necessárias não ganham força na agenda política dos governos, pressionado pelas questões económicas e fiscais, bem como pelo *lobbying* feito por interesses particulares da Indústria do Alcool.

Muitos governos (como Portugal) e mesmo as instâncias supranacionais (como a UE) parecem estar envolvidos e pressionados socialmente por, pelo menos, dois tipos de interesses díspares das políticas do álcool que influenciam as suas tomadas de decisões nesta área: os interesses económicos e comerciais do ramo das bebidas alcoólicas e os interesses da Saúde Pública e da proteção dos consumidores. Cada um deles tende a partir de diferentes pontos de vista, defendendo o uso prioritário de intervenções que são díspares em meios e resultados e têm objetivos opostos. Basicamente, os primeiros encaram as medidas de regulação (tais como medidas fiscais e de preços e as restrições sobre a disponibilidade e publicidade de bebidas alcoólicas) como de baixo impacto e importância política e são mais favoráveis a medidas educativas, enquanto os segundos defendem as medidas de regulação como prioridade e possuidoras de maior evidência científica de eficácia e custo-efetividade (Cunha Filho *et al.*, 2010; Anderson & Baumberg, 2006).

²³ Um caso intermédio onde não haveria dominância nem do Estado (corporativismo estatal) nem dos grupos de interesse (pluralismo), mas sim uma articulação institucional assegurada, quer pela circulação de uma elite que em certos momentos lidera os grupos de interesse e noutros momentos ocupa posições chave no aparelho de Estado, quer por relações institucionais estáveis entre interesses organizados autonomamente e representantes da administração. A elite minoritária formada constitui um grupo coerente e unido, enquanto a massa vive aterrorizada, desorganizada e politicamente inerte e apática. A elite dominante possui condições e aptidões para controlar o poder e dominar em todas as dimensões a maioria, minimiza as divergências e os conflitos internos e acentua as diferenças entre eles e a massa inorganizada criando uma barreira e reforçando a ideia que a massa não possa alguma vez vir a ocupar o poder, pois não possui os meios para controlar a elite do poder.

As instâncias intergovernamentais envolvidas na problemática do álcool, como OMC²⁴ e a OMS, também se debatem com esses interesses: os primeiros atuam com vista a eliminar, reduzir e remover barreiras, tarifas e taxas e desenvolver os mercados livres, em prejuízo dos meios que os segundos dispõem para regular o setor e promover as políticas do álcool, o que afetou inclusivamente o desenvolvimento pleno da Estratégia Global para Reduzir o Uso Nocivo do Álcool (WHA, 2010). A constatação de que as partes com interesses particulares da Indústria do Álcool oferecem um maior apoio e exercem maior influência no setor económico dos Estados a nível nacional e internacional do que as ONG associadas à Saúde Pública e à defesa do consumidor e a sociedade civil organizada conseguem oferecer ao setor da Saúde demonstra a necessidade de se mobilizar e fortalecer a capacidade do setor da Saúde nas políticas do álcool (Casswell, 2012; Babor *et al.* 2003, 2010).

4.2. ORGANIZAÇÕES NÃO-GOVERNAMENTAIS (ONGS) E OUTRAS ORGANIZAÇÕES DA SOCIEDADE CIVIL COM INTERESSES NAS POLÍTICAS DO ÁLCOOL

Antes de se explanar sobre o tema é importante esclarecer o conceito que define as ONG, já que são inúmeras as nomenclaturas utilizadas que se referem a organizações do setor privado não lucrativo. De acordo com o recente estudo "Diagnóstico das ONG em Portugal" (Franco, 2015):

"(...) São ONGs as organizações que satisfazem cumulativamente as seguintes condições: têm personalidade jurídica que é de natureza civil e coletiva; são privadas, no sentido de nascerem da livre iniciativa da sociedade civil e, por isso, não pertencerem nem à administração direta ou indireta do Estado, nem à Administração Pública autónoma, nem à categoria de sociedades de interesse coletivo; têm modos de governo autónomos relativamente ao Estado; os seus membros são voluntários, no sentido de contribuírem para a sustentabilidade económica destas organizações; a sua missão principal é o incentivo à ação coletiva para o desenvolvimento de relações mais solidárias dos seres humanos entre si e com o meio ambiente em que vivem; o resultado global da atividade destas organizações, quando cumprem essa missão principal, tem a natureza de um bem público (...); os excedentes que sejam gerados na atividade destas organizações são reinvestidos no cumprimento da sua missão, sem distribuição a dirigentes, a colaboradores, a utentes, ou a clientes; os bens que constituem o património da organização são geridos num regime de universalidade, ou seja, de maneira a beneficiar a sociedade em geral e não exclusivamente os proprietários desse património, os dirigentes, os colaboradores, os associados, os clientes, ou os utentes da organização".

(In "Diagnóstico das ONG em Portugal" - Franco, 2015)

Através do universo das ONGs que o referido estudo apresenta, consegue-se traçar um perfil geral das organizações que tem reflexos na sua capacidade de atuação a nível das relações com o poder e da capacidade de influenciar as tomadas de decisões e políticas públicas.

Cerca de um terço do seu número total corresponde a organizações que emanam da iniciativa da população numa base territorial geralmente infra concelhia. Os restantes dois terços das ONGs emanam de grupos que atuam maioritariamente em atividades científicas, de proteção do ambiente, de defesa dos direitos humanos, de educação e cooperação para o desenvolvimento e outras de natureza internacional. Todavia, estima-se que mais da metade da atividade das ONGs esteja direcionada para prestação de

²⁴ A Organização Mundial do Comércio (OMC) / The World Trade Organization (WTO) é uma organização para a abertura comercial e um fórum para os governos negociarem acordos comerciais. Lida com as regras globais de comércio entre as nações. Sua principal função é assegurar que os fluxos comerciais se façam da forma mais harmoniosa, previsível e livre quanto possível.

serviços sociais, serviços de saúde e de educação e cerca de um quarto para atividades de expressão (cultura, artes, lazer). Apenas cerca de 10% da atividade desenvolvida pelas ONGs estão direcionadas para atividades de participação cívica e defesa de causas. Assim, embora se tenha estimulado o desenvolvimento das ONGs em Portugal, a sua influência tem sido confinada ao estreito campo do fornecimento de serviços sociais. Sendo as ONGs suportadas amplamente pelo apoio e financiamento estatal - estimado em cerca de 40% dos fundos do setor - é nas tentativas de influenciar essas políticas públicas que a maioria das ONGs se centram em termos de grupo de interesse (Idem, 2015; 2008).

A atuação em rede de ONGs, no quadro dos problemas sociais e de Saúde Pública e voltada para a ação política, possui uma forte influência nórdica, mas encontra uma mais fraca resposta por parte de países do sul da Europa com pouca mobilização social organizada nestas áreas. O sector das ONGs como um todo ainda enfrenta desafios críticos em Portugal, como o de aumentar o conhecimento do público sobre o sector, melhorar a capacidade das ONGs e da sociedade civil (Franco, 2015, 2008) e melhorar a qualidade das relações entre o Governo e as ONGs (Idem, 2008).

Assim, há uma dimensão reduzida de ONGs que proporcione massa crítica de atuação consistente nas políticas de saúde a nível do *advocacy* - proteção e defesa da saúde das populações - quer pela falta tradicional de vocação das organizações nesta área, quer devido a relações de maior dependência do Estado, quer pela escassa presença de recursos e de mobilização da sociedade.

Para além das ONGs existem ainda outras organizações da sociedade civil, como as sociedades científicas e profissionais. Todavia, podem representar um vazio considerável na atividade de *advocacy* nos países em que as classes profissionais (nomeadamente os profissionais da saúde e daqueles que se destacam no exercício da Saúde Pública) são na sua esmagadora maioria funcionários do Estado, como ocorre ainda em Portugal. Ao serem próximos das estruturas políticas e de representação da administração pública, estes demonstram clara dificuldade e conflitos em estar envolvidos em ambas as atividades, a político-administrativa (ou estatal) e a de *policy advocacy* (Babor *et al.*, 2010).

Mas a situação mais clara na área das políticas do álcool no panorama internacional e nacional é a carência de recursos e meios existentes das ONGs. A carência de recursos e capacidade de intervenção efetiva do setor das ONGs em geral para apoiar, suportar e delinear a resposta dos governos a nível nacional e internacional é um ponto fraco para a existência de verdadeiras políticas do álcool. Todavia, no campo internacional começa já aparecer um número significativo de organizações e da mobilização em torno dos PLA e das doenças não-transmissíveis nos últimos anos. A luta antitabágica que culminou numa convenção-quadro mundial na década de 2000 foi o melhor exemplo de como o setor das ONGs e outras organizações da sociedade civil podem reunir capacidade e contribuir para uma resposta desejada e necessária às questões dos PLA (Casswell, 2012; Babor *et al.*, 2010).

No panorama nacional das últimas décadas, a participação e envolvimento de ONGs na área das políticas do álcool, têm sido muito restritos e congregam algumas organizações que atuam principalmente no tratamento de doentes com dependência, o que reflete a vocação das ONGs para a prestação de serviços assistenciais. Nos últimos anos, essa relação tem-se estruturado melhor com o estabelecimento de convenções com o Estado, que entretanto mantém o papel central monopolista nesta área. Complementam esse leque de organizações os grupos de auto e mútua ajuda ligados a alcoólicos em recuperação e que se estendem pelo território nacional, mas comumente não possuem atividade de intervenção junto dos governos ou organismos do Estado.

As áreas da prevenção e promoção da saúde não têm representação significativa nas atividades das ONGs, assim como as de *advocacy*, defesa e proteção da Saúde ligada

ao consumo de álcool e aos PLA. O próprio Estado, através do organismo público da Saúde responsável pelos PLA, começou a estruturar, a partir de 2008, um fórum nacional de debate e consulta para as políticas do álcool (à semelhança da UE) que congregava, entre outros atores sociais, as ONGs. Contudo, estas apresentavam uma grande variabilidade nas suas atividades e nos seus focos de atenção e intervenção, com pouca influência concreta nas decisões sobre políticas públicas em geral.

A exceção nos PLA encontra-se nas ONGs ativas na condução sob o efeito de álcool, onde estão bem estabelecidas e com capacidade de influenciar as políticas específicas da área da segurança rodoviária, possuindo inclusive participação em redes europeias que atuam no mesmo sentido na UE, mas não atuando diretamente na área da Saúde.

Existem ainda identificadas organizações ligadas à Indústria do Álcool, constituídas oficialmente como ONGs, mas que na prática são parte de uma estratégia dessa indústria para atuar nas políticas públicas do álcool, sendo portanto atores representativos da Indústria. Estas organizações mostram-se bem melhor estruturadas e financiadas para a atuação nas políticas públicas e no apoio e desenvolvimento de ações, desenvolvendo inclusive parcerias com os governos, organismos públicos e com outras ONGs (Cunha Filho, 2009).

A integração europeia das ONGs portuguesas da área das políticas do álcool (mas não só, em muitas áreas da Saúde Pública) em redes que atuam junto das instâncias da UE tem sido extremamente limitada e não é incentivada pelo poder público. Essas lacunas têm sido por vezes assumidas pelos organismos públicos da área da Saúde e até da área da investigação científica, sem o verdadeiro envolvimento da sociedade civil organizada, o que agrava o défice de participação e representação, bem como a capacidade de influência na implementação das políticas públicas. A UE constituiu, desde 2007, um fórum europeu para as políticas do álcool onde participam ativamente as ONGs europeias e redes de ONGs de países diversos, mas com pouca representação portuguesa. Estas ONGs têm desenvolvido um trabalho constante de tentar influenciar as políticas do álcool europeias para a prossecução de políticas públicas com evidência científica de eficácia e efetividade (STAP, 2014, Cunha Filho, 2009). Todavia, as iniciativas e intervenções das ONGs de apoio ao desenvolvimento de políticas do álcool efetivas têm produzido resultados limitados. O exemplo mais recente foi o impasse estabelecido nos anos que se seguiram ao fim da estratégia europeia para 2006-2012 (*EU strategy to support Member States in reducing alcohol-related harm*), com a constatação de que existem *lobbys* da indústria que podem interferir e prejudicar o processo de concretização de uma nova estratégia, apesar da pressão e trabalho desenvolvido pelos representantes da Saúde, das ONGs, da EU e dos governos nacionais para tal (STAP, 2014; EPR, 2014; EURO CARE, 2014, 2014^a).

4.3. A INDÚSTRIA DO ÁLCOOL: UM GRUPO DE PRESSÃO NATURAL NAS POLÍTICAS DO ÁLCOOL

Muitas vezes, a compreensão da abrangência do conceito de "Indústria do Álcool" é limitada. Restringe-se erroneamente a expressão às grandes produtoras multinacionais de bebidas alcoólicas, o que não permite uma compreensão completa do que está implicado neste assunto. Esta é uma das razões para alguns utilizarem simultaneamente o termo "operadores do setor das bebidas alcoólicas" como um termo mais compreensivo de que se faz referência a toda a cadeia envolvida no negócio das bebidas alcoólicas. Todavia, o conceito de "Indústria do Álcool" encontra-se definido na área da investigação internacional das políticas do álcool, incluindo inclusivamente uma vertente mais recente da atuação da indústria, sob a capa da promoção da saúde, apoio à investigação sobre álcool, responsabilidade social, e relações públicas. Recentemente a INEBRIA (*International Network on Brief Intervention for Alcohol & other Drugs*) estabeleceu estas delimitações:

"(...) Indústria do Álcool" é amplamente definida para inclui os produtores, distribuidores, vendedores e comerciantes e publicitários de produtos com álcool, incluindo qualquer empresa que deriva receitas significativas para a produção, venda ou comercialização de produtos alcoólicos, ou de produtos necessários para a fabrico de bebidas alcoólicas. A "Indústria do Álcool" inclui as associações comerciais produtoras de cerveja, vinho e bebidas espirituosas e organizações que lidam com os aspetos sociais do álcool e relações públicas ("alcohol social aspect / public relations organizations" - SAPROs).

(...) Estabelece-se uma distinção entre as atividades da Indústria do Álcool dentro do setor estatal (por exemplo, monopólios de distribuição) que são geridas no interesse público, e aqueles que estão no setor privado, onde a procura do lucro motiva as ações da indústria.

(INEBRIA; 2014, 2015) – Tradução livre

A atenção que tem sido dada pela Saúde Pública à Indústria do Álcool como um ator social e grupo de interesse importante é, naturalmente, um reflexo das mudanças no contexto e na dimensão do consumo de álcool e dos seus danos, mas também fruto de uma indústria que se encontra em constante evolução e é cada vez mais abrangente num mundo globalizado e de comércio livre.

Desde o início do século XXI, a Indústria do Álcool continuou no seu processo de globalização com um número crescente de aquisições e fusões que levaram a uma rápida consolidação e expansão através dessas explorações locais, nomeadamente em mercados emergentes à volta do mundo, onde a espaço para expansão comercial (Babor *et al.*, 2010; Casswell, 2009, 2012). Dessa forma, o segmento da Indústria do Álcool é grande e concentrado num número relativamente pequeno de empresas multinacionais. As cinco maiores cervejeiras detêm cerca de 50% do mercado mundial de cerveja e as cinco maiores empresas de bebidas espirituosas também possuem cerca de 50% do mercado mundial de bebidas alcoólicas no seu setor. Apenas o setor do vinho ainda se encontra mais disperso por pequenos produtores, mas a concentração tem crescido significativamente. Em geral, a Indústria do Álcool emprega uma série de atividades para se promover e aos seus produtos, e a sua capacidade de inovação, enquanto organização e no seu *marketing*, tem demonstrado ser muito consistente (Jernigan, 2009).

Com a liberalização do comércio entre países e através de acordos comerciais internacionais que têm sido estabelecidos ao longo das últimas décadas a Indústria do Álcool tem trabalhado incessantemente para reduzir as tarifas, aumentar o acesso aos mercados e procurar restringir regulamentos internos eficazes em limitar o comércio e consumo de álcool, reforçando o corporativismo destas organizações e a sua dominância dos mercados. Grande parte das barreiras criadas pelos Estados ao álcool foi eliminada ou reduzida. O sistema de monopólio dos países nórdicos europeus (Finlândia, Suécia, Noruega, Canadá), que procurava proteger a população da exposição excessiva através de um controlo centralizado da produção e comércio, foi privatizado por imposição da UE e de acordo com as regras do mercado comum europeu. Casos em que os Estados ofereciam benefícios e tratamentos diferenciados a indústrias e bebidas locais provocaram litígios e criaram prerrogativas em que as grandes empresas multinacionais saíam beneficiadas. Limitações à publicidade podem ser consideradas com barreiras ou restrições à concorrência e ao mercado. A existência de taxas diferenciadas entre produtos da mesma categoria ou a definição de preços mínimos para a venda passaram a ser práticas inaceitáveis segundo os princípios desses tratados. As prerrogativas criadas pelos tratados comerciais permitem o desenvolvimento de um clima económico propício para a indústria, mas bastante prejudicial para os PLA e para a implementação das políticas do álcool, a não ser que se trate o álcool, não como uma mercadoria comum, mas de forma extraordinária, à parte desses acordos, levando em conta as suas especificidades em relação à Saúde Pública (Babor, 2003, 2010; Zeigler, 2009).

Uma prática desenvolvida pela indústria, nomeadamente da cerveja, em diversos países está relacionada com a delegação, noutras empresas multinacionais ou locais similares, da produção de uma marca de cerveja concorrente, criando redes de produção e distribuição globais que, apesar de concorrem entre si, expandem-se e dominam conjuntamente os mercados (Jernigan, 2009).

A concentração da produção e comercialização de álcool nas mãos de um número restrito de grandes multinacionais consolidou as suas operações em torno de estratégias comuns (Babor *et al.*, 2010): 1. Retornar o foco para o *core business* do álcool (anteriormente havia uma tendência para diversificar entre bebidas alcoólicas e não-alcoólicas); 2. Desenvolver um *marketing* global de um conjunto de marcas *premium* com preços mais elevados; 3. Direcionar o negócio para mercados-alvo emergentes para o álcool; economias em crescimento ou em recuperação; 4. Comprar total ou parcialmente o maior concorrente local, possuindo simultaneamente as marcas internacionais e locais; 5. Consolidar o negócio, após fusões ou aquisições, reinvestindo no aumento do marketing da marca; 6. Adotar políticas de responsabilidade social das empresas; 7. Apoiar os acordos de livre comércio e de eliminação das barreiras ao comércio e concorrência.

Uma breve sinopse da estruturação dos setores da Indústria do Álcool em Portugal é fornecida nos quadros a seguir, ilustrando como esta Indústria está globalizada e portanto possui uma estratégia semelhante às internacionais definidas para o setor.

Indústria do Álcool em Portugal - O setor cervejeiro:

É possível assistir em Portugal ao exemplo da estratégia de atuação da indústria global no setor cervejeiro. A União Cervejeira, S.A. (UNICER), detentora da marca de cerveja “Super Bock”, entre outras bebidas, depois de privatizada em 1990 e numa sequência de reestruturações, aquisições e OPAS, é detida atualmente em 56% pela Holding Viacer - constituída, por três grupos portugueses - Violas (46,5%), Arsopi (28,5%) e BPI (25%) - estando os restantes 44% nas mãos da Carlsberg²⁵. Enquanto isso, a Central de Cervejas, S.A. (CENTRALCER), detentora da marca de cerveja “Sagres”, entre outras bebidas, depois de privatizada em 1990 passou por diversos processos de venda e aquisição até ser adquirida por um consórcio dos grupos Carlsberg e Heineken em 2007. No ano seguinte de 2008, o consórcio desfez-se e o Grupo Heineken assumiu a totalidade do negócio²⁶. Em parte, o consórcio desfez-se devido a problemas de

²⁵ A UNICER (União Cervejeira, SA) resultou da reprivatização, primeiro com a venda em bolsa de 49% do capital em 1989 e posteriormente com a venda dos restantes 51% em 1990. Depois de privatizada passou por diversos processos de reestruturação e aumentos de capital e em 94 ainda era detida maioritariamente por um núcleo duro de acionistas constituído pela Cosar, a Sarc e a Cervunião, com quase 60% do capital da empresa. Nesta década a Unicer já produzia e comercializava a marca Carlsberg como cerveja *premium* em Portugal.

Em 2000, esse grupo de empresas, juntamente com a sua holding Viacer, iria lançar uma oferta pública de aquisição (OPA), passando a deter a totalidade do capital da Unicer, à exceção das ações próprias da empresa. No final da operação, as participações do capital social da Unicer ficaram distribuídas entre a holding portuguesa Viacer, com 55,99% das ações, e a dinamarquesa Carlsberg, com 44,01%.

Em Junho de 2006, a mudança do modelo de governação da Unicer (...) traduziu-se numa reorientação estratégica da empresa, com recentragem no seu *core business*, apostando nas áreas da cerveja e das águas, simplificação da estrutura organizacional, (...) desenvolvimento da internacionalização e atenção acrescida à sustentabilidade ambiental e à responsabilidade social. A liderança operacional passou a ser desempenhada pelo presidente da Comissão Executiva, cargo que foi confiado a António de Magalhães Pires de Lima, até a sua entrada para o Governo como Ministro da Economia em 2013.

Mais informações disponíveis em: <http://www.unicer.pt/pt/home-pt/unicer/historia>

²⁶ A CENTRALCER (Central de Cervejas, S.A.) resultou da transformação em sociedade anónima da Empresa Pública com o mesmo nome, operada pelo Dec-Lei nº 300/90 de 24 de Setembro. O capital da Empresa é totalmente privatizado em 1990, tornando-se esta a primeira operação de privatização a 100% feita em Portugal. O Grupo Empresarial Bavaria adquire uma participação no capital da Centralcer - Central de Cervejas, S.A., tornando-se um dos seus principais acionistas.

Em 2000, dá-se nova alteração na constituição do capital acionista, em resultado da sua venda à VTR-SGPS, S.A., um grupo de investidores portugueses (Parfil, BES, Fundação Byssai Barreto, Olinveste e Fundação Oriente), o qual integra, entre outros, os herdeiros dos acionistas fundadores da SCC. Por sua vez, no Verão do mesmo ano, este grupo viria a ceder uma posição de 49% ao grupo cervejeiro internacional Scottish & Newcastle.

No âmbito da reestruturação orgânica do Grupo, foi concluído em Dezembro de 2001 o processo de fusão por incorporação da Centralcer - Central de Cervejas, S.A. na Centralcontrol S.G.P.S., S.A. (empresa incorporante). A nova entidade resultante da fusão alterou a sua denominação para SCC - Sociedade Central de Cervejas, S.A., bem como a sua sede para as atuais instalações fabris.

monopólio e concorrência no mercado nacional, já que a Carlsberg detinha também parte da UNICER. Estas empresas possuem atualmente o seu core business direcionado para o negócio do álcool (apesar de fabricarem também marcas de água paralelamente, entre outros produtos), inclusive tendo expandido a sua área para o setor vinícola. O setor cervejeiro encontra-se reunido na Associação Portuguesa dos Produtores de Cerveja (APCV), que representa e defende os interesses do setor em Portugal e atua em relação aos aspetos de carácter social relacionados com o consumo.

Fonte: Dados recolhidos pelo autor

Indústria do Alcool em Portugal - O setor vitivinícola:

A imagem global do setor no sul da Europa está presente também em Portugal, sendo ainda constituído maioritariamente por pequenos e médios empresários, muitos deles reunidos em cooperativas regionais, mas já apresenta alguns sinais de mudança estruturais, como alguns processos de concentração e aquisição. Na verdade, o setor vitivinícola tomou-se altamente especializado e profissional no decorrer das duas últimas décadas, motivado pela intervenção do Estado em defesa da sobrevivência do setor e qualidade do vinho ao longo do século XX. Trata-se de um setor subsidiado, regulado, que recebe apoios e é supervisionado pelo Estado, através do Instituto da Vinha e do Vinho²⁷, que atua também como um parceiro na melhoria da qualidade, na promoção dos produtos e na internacionalização do setor. O setor vinícola encontra-se reunido em diversas associações do setor, destacando-se como um dos principais atores políticos a ACIBEV - Associação de Vinhos e Espirituosas de Portugal²⁸, que representa e defende os interesses desses comerciantes e industriais em Portugal e intervém nos aspetos sociais ligados ao consumo.

Fonte: Dados recolhidos pelo autor

Em 2003, a Scottish & Newcastle adquiriu a totalidade das ações da Parfil, o que lhe permitiu passar a deter o controlo total da Sociedade Central de Cervejas e da Sociedade da Água de Luso.

A Empresa passou a designar-se, a partir de 2004, SCC – Sociedade Central de Cervejas e Bebidas, S.A., nome que reflete melhor o âmbito da sua atividade que, para além da cerveja, inclui outras bebidas como a água e refrigerantes

Em 2007, após ter sido estabelecido um Consórcio entre a Carlsberg e a Heineken, teve lugar um processo de oferta de compra do Grupo Scottish & Newcastle por este Consórcio. Como resultado das negociações, concretizou-se a aquisição tendo a Heineken assumido, em 29 de Abril de 2008, o controlo da Sociedade Central de Cervejas e Bebidas (SCC), após a conclusão do processo de compra da Scottish & Newcastle (S&N) pelo Consórcio. Este desfez-se, após o negócio, mantendo-se a tradicional e saudável concorrência entre ambos os grupos.

Em Janeiro de 2010 o Grupo Heineken, do qual a Central de Cervejas e Bebidas faz parte, anunciou a operação de compra do negócio de cervejas da empresa Mexicana FEMSA. O negócio de aquisição da Femsa pela Heineken, permitirá ao Grupo crescer nos mercados Mexicano e Brasileiro, e reforçar a sua posição nas importações de cerveja no mercado Norte-Americano, nomeadamente nos segmentos hispânicos.

Mais informações disponíveis em: <http://www.centralcervejas.pt/pt/sobre-nos/soc-central-cervejas.aspx>

²⁷ O Instituto da Vinha e do Vinho, I. P. teve a sua génese no organismo que, em 1986, sucedeu à Junta Nacional do Vinho, que tinha como objetivo primordial adequar a organização corporativa ainda existente aos princípios e regras próprias da Organização Comum do Mercado.

Desde a sua criação, o Instituto tem sido objeto de várias alterações e reestruturações orgânicas, visando adequar a sua atuação à reforma institucional do sector vitivinícola e às mudanças de paradigmas económicos.

Atualmente ([Decreto-Lei n.º 66/2012 de 16 de março](#)), a missão do Instituto da Vinha e do Vinho, I. P. (na tutela do Ministério da Agricultura), consiste em coordenar e controlar a organização institucional do sector vitivinícola, auditar o sistema de certificação de qualidade, acompanhar a política da UE e preparar as regras para a sua aplicação, bem como participar na coordenação e supervisão da promoção dos produtos vitivinícolas e assegurar o funcionamento da Comissão Nacional da Organização Internacional da Vinha e do Vinho (CNOIV).

Para além das competências intrínsecas desta missão, desenvolve atividade na participação e acompanhamento de processos relativos ao sector vitivinícola, desenvolve ações tendentes à melhoria da qualidade dos produtos vitivinícolas, ao reforço da competitividade e internacionalização e ao desenvolvimento sustentável do sector vitivinícola, coordena e gere o Sistema Nacional Integrado de Informação da Vinha e do Vinho, atua na cobrança de taxas, define e coordena a aplicação de medidas de gestão do património vitícola nacional e da sua valorização, entre outras atribuições igualmente de relevo.

Mais informações disponíveis em: <http://www.ivv.min-agricultura.pt/np4/26>

²⁸ A ACIBEV foi criada, em Janeiro de 1975, para estudo e defesa dos interesses relativos aos Comerciantes e Industriais de Bebidas Espirituosas e seus derivados. Associação de âmbito Nacional, é constituída por 8 secções: Importadores/Distribuidores; Legislação/Enologia; Granel/Engarrafados; Produtores Engarrafadores; Vinagres; Alcool e Saúde (Aspetos Sociais do Alcool); Exportadores e Destilados. Cada uma destas secções é da responsabilidade de um Diretor, e juntas representam cerca de 80% o volume de negócios do setor (indústria, distribuição e comércio de vinhos e bebidas espirituosas, bem como vinagres e destilação de produtos vînicos). Encontram-se entre os seus Associados a maioria das grandes empresas nacionais e multinacionais que operam em Portugal. A nossa Associação representa os seus Associados no Conselho Consultivo e na Comissão de Acompanhamento do Instituto da Vinha e do Vinho, na Comissão de Gestão de Embalagens e Resíduos de Embalagens, no Comité Permanente Internacional dos Vinagres e na Confederação Europeia dos Produtores de Espirituosos. A Associação também os representa no Comité Vins - organização que representa em Bruxelas os interesses de todas as Associações Europeias ligadas ao Comércio do Vinho.

Mais informações disponíveis em: <http://www.acibev.pt/>

Indústria do Álcool em Portugal - O setor das bebidas destiladas:

Concentrado em grandes multinacionais e marcas internacionais, destaca-se em Portugal a representação da DIAEGO, da Pernod Ricard e da Bacardi Martini, mas ainda existem marcas nacionais tradicionais como o Licor Beirão. A DIAEGO possui um alcance global com um amplo portfólio de marcas internacionais e locais. Representa mais de 20 marcas entre as 100 mais importantes marcas de bebidas espirituosas do mundo, entre elas as marcas Johnnie Walker, Old Parr, Buchanan's, Crown Royal (whiskys), Smirnoff (vodkas), Bundaberg, Captain Morgan, Cacique (runs), Taqueray (gins), Ypioca (aguardentes/cachaças) Balleys (licors), Guinness (cervejas). A Pernod Ricard é o líder mundial na indústria de bebidas espirituosas, operando internacionalmente em mais de 85 filiais e 100 locais de produção. Representa cerca de 37 grandes marcas de bebidas alcoólicas, entre elas as marcas Absolut Vodka, Ricard, Jameson, Chivas, Ballantines e Glenlivet (whiskys), Beefeater Malibu e Havana Club (runs). A Bacardi Martini Bacardi operava como cinco empresas independentes durante a segunda metade do século XX, mas em 1990, estas foram reunidas na Bacardi Limited. Representa as marcas de bebidas alcoólicas, entre elas a Bacardi (runs), Martini (vermouths), Eritoff (vodkas), Bombay Shapphire (gins), Dewars (whisky). O setor das bebidas espirituosas encontra-se reunido na ANEBE - Associação Nacional de Empresas de Bebidas Espirituosas²⁹ - com o objetivo de combater os problemas de carácter social relacionados com o consumo excessivo ou inadequado de bebidas alcoólicas, dar assessoria à criação das leis e regulamentos aplicáveis ao sector e apoio às autoridades competentes no sentido de travar a ilegalidade, a fraude e evasão fiscal e a concorrência desleal.

Fonte: Dados recolhidos pelo autor

Indústria do Álcool em Portugal - Organizações Sociais da Indústria do Álcool:

Outras ONGs apoiadas, patrocinadas ou financiadas pela Indústria do Álcool já existem em Portugal desde a década de 1990, e servem para representar os aspetos sociais e científicos do consumo de bebidas alcoólicas. Entre elas destacaram-se a LASVIN e a iBeSa. A LASVIN (Liga dos Amigos da Saúde e do Vinho) foi criada em 1994, com o apoio de confrarias e cooperativas vinícolas, com o propósito de divulgar os trabalhos de investigação científica que informem sobre as consequências biológicas positivas do consumo moderado do vinho e negativas ditadas pela ingestão excessiva do álcool e no seu percurso apresenta diversas ligações a personalidades e instituições académicas. O iBeSa (Instituto de Bebidas e Saúde) é uma associação sem fins lucrativos e foi criada 2002 pela Unicer com o objetivo de assegurar "o estudo independente dos efeitos que o consumo moderado de bebidas possa ter sobre o consumidor". Financia e premeia estudos na área dos aspetos nutricionais e funcionais do consumo de bebidas alcoólicas e desenvolve colaboração próxima com diversas instituições académicas (em particular com faculdades da Universidade do Porto).

Fonte: Dados recolhidos pelo autor

Acompanhando a estratégia operacional global da Indústria do Álcool, as práticas de *marketing* passaram a direcionar-se também para o mercado global, sendo adotadas em países com mercado estabelecido e em países com mercados emergentes.

Essas práticas tornaram-se mais intensas, diversificadas e agressivas, com um aumento muito significativo do investimento em promoção, patrocínio e publicidade, inclusive utilizando o *marketing* direto ao consumidor, através de eventos e de toda a cadeia de distribuição e venda de álcool envolvida na facilitação e promoção do consumo. O *marketing* direto ao consumidor também é feito através da Internet ultrapassando as barreiras criadas à publicidade tradicional e as fronteiras dos países. A Internet e outros meios eletrónicos como estratégia de *marketing* viral atingem especialmente a população jovem, passando despercebida dos demais. (Babor *et al.*, 2010; Casswell, 2009, 2012).

Levantamentos feitos a essas atividades de *marketing* demonstraram a diversidade de estratégias, apresentando uma gama de cerca de 22 formas diferentes de *marketing* utilizadas³⁰, sendo que na sua grande maioria são feitas visando um público jovem

²⁹ Mais informações disponíveis em: <http://www.anebe.pt/pt/>

³⁰ television advertising; radio advertising; magazine advertising; newspaper advertising; transit advertising; outdoor advertising; direct mail advertising; company-sponsored internet sites; other internet site advertising; other digital advertising; specialty item distribution; public entertainment events: not sports-related; sponsorship of sporting events, sports teams or individual athletes; other point-of-sale advertising and promotions; spring break promotions; product placements; retail value-added expenditures; telemarketing; promotional allowances; sports and sporting events; and social responsibility programs and messages.

(Jernigan, 2009). O nível de investimentos da Indústria do Álcool na área do patrocínio, publicidade e comunicação social é extremamente elevado e abrangente, não se podendo ignorar que os *Media* possam ser capturados pelo sistema ou, pelo menos, influenciados a não desenvolver, apoiar ou divulgar atividades que criem conflitos com os interesses dos seus clientes.

Acresce o facto de a indústria defender e pôr em prática códigos de autorregulação, evitando que a regulação mais dura dos Estados seja posta em prática. Esses mecanismos da indústria e outros grupos privados são comumente omissos nos principais assuntos de preocupação, nas respostas atempadas e nas sanções. Há clara evidência que a autorregulação, no geral, não é efetiva na área da Saúde e, nomeadamente, em áreas como do tabaco e do álcool (Casswell, 2012; Buse *et al.*, 2005).

Igualmente é de referenciar que as abordagens sociais dessas empresas, normalmente rotuladas como “responsabilidade social”, têm sido identificadas, desenvolvidas e utilizadas como uma estratégia de *marketing*. Apresentadas ao público como organismos imparciais e objetivos, cuja única preocupação é resolver os problemas de abuso de álcool, possuem recursos financeiros avultados em áreas carentes como a educação e investigação, e podem tornar-se uma fonte importante de recursos e influência nas políticas públicas do álcool. Todavia, a posição defendida pelas chamadas “organizações de aspetos sociais” centra-se nos interesses e estratégias da indústria para as políticas do álcool, rejeitando grande parte das evidências científicas existentes e o próprio bem público, nomeadamente em cinco aspetos (Anderson, 2002): 1. Discutem os padrões inadequados de consumo, mas não o volume e níveis destes; 2. Abordam o consumo responsável como competência, relegando as mudanças no ambiente de consumo; 3. Defendem a autorregulação da indústria e o cumprimento voluntário dos códigos, apesar de quebrarem os compromissos sistematicamente sem consequências e melhorias; 4. Sobrevalorizam e publicitam possíveis benefícios e efeitos protetores do álcool, esquecendo a enorme dimensão da carga de doença que esta substância provoca; 5. Reivindicam uma participação na política em pé de igualdade com os parceiros sociais que defendem o interesse e bem públicos, negando os vieses da sua ação e os seus interesses particulares.

A abordagem desenvolvida pelas “organizações de aspetos sociais” envolve comumente autoridades e organismos do poder público, que permitem o acesso a debates e eventos públicos onde a imagem e a mensagem da indústria pode ser transmitida. As campanhas de sensibilização e programas preventivos desenvolvidos apresentam, inclusivamente, números e estudos sobre o impacto no público dessas atividades, mas pouca investigação sobre a efetividade para o comportamento de beber, não sendo incluídos como referências científicas credíveis nesta área, apesar dos grandes investimentos que por vezes representam (Jernigan, 2009).

Em resumo, o *marketing* no campo do álcool mudou bastante nas últimas décadas, utilizando novos métodos de comunicação, atuando junto de contextos específicos e criando uma cultura de consumo, o que significa uma revolução do mercado onde o consumo é hoje impulsionado pela oferta e não pela procura. Nos últimos anos, a Indústria do Álcool e seus grupos com interesses particulares tem desenvolvido uma atividade intensa no sentido de influenciar a imagem que a sociedade tem das bebidas alcoólicas e do sector, de forma a conquistar e manter não só consumidores, mas também a simpatia e o apoio geral. A Indústria do Álcool tem estado consciente da resposta da Saúde Pública aos danos causados pelo uso do tabaco e está determinada a agir mais rapidamente para evitar um desfecho semelhante ao do compromisso global com base em evidências científicas de Saúde Pública para combater as suas estratégias de *marketing* e a indução ao consumo (Casswell, 2009).

Para tal, a Indústria do Álcool têm desenvolvido ações estratégicas para influenciar a investigação científica e os seus resultados, de forma a não só manipular e iludir o público em geral, mas melhor atuar nos processos políticos, junto dos organismos responsáveis pela elaboração e implementação das políticas e mesmo junto de autoridades públicas e outros atores sociais que colaboram com o cumprimento das diretrizes definidas (Miller *et al.*, 2006).

Uma das principais formas de atuação tem sido o apoio, financiamento, uso e manipulação da investigação e das instituições que a promovem, desenvolvem e divulgam. Atualmente existe uma atenção redobrada da comunidade científica em relação a este problema, nomeadamente sobre o envolvimento da indústria na investigação científica.

As formas desse envolvimento foram identificadas em pelo menos sete áreas (Babor, 2009): 1. Patrocínio de organizações de apoio a investigação; 2. Financiamento direto a universidades e centros de investigação; 3. Estudos conduzidos através de contratualização com organismos de investigação; 4. Investigação conduzida por organizações comerciais, de relações públicas e sociais; 5. Esforços para influenciar a perceção pública sobre a investigação, os resultados e as políticas do álcool; 6. Publicação de documentos científicos e apoio a revistas científicas; 7. Patrocínio de conferências e apresentações científicas.

O financiamento direto de investigação, projetos e organizações são comumente definidos e declarados pelas instituições científicas para esclarecer o público, como se encontra na declaração reproduzida abaixo (INEBRIA, 2014).

(...) O conceito de financiamento direto é definido como os financiamentos recebidos da "Indústria do Álcool". Associações, fundações, instituições científicas, centros de investigação, departamentos de universidades, organizações comerciais etc. que recebem mais de 5% do seu financiamento da Indústria do Álcool, mesmo tendo órgãos de gestão e/ou conselhos de administração independentes, são incluídos neste grupo de instituições que são financiadas pela Indústria do Álcool (e por tal considerada como envolvida a cadeia da Indústria do Álcool).

(INEBRIA; 2014) – Tradução livre

As diversas formas de financiamento direto e indireto têm sido elas próprias objeto da investigação e divulgação científica de forma a descrever, clarificar e evitar conflitos de interesse na área da ciência e do álcool e investigação, como se vê no *site* do *ISAJE - International Society of Addiction Journal Editor*³¹ (Babor, 2009; Babor e Robaina, 2015).

Porém, o papel mais ativo e visível da Indústria do Álcool na arena política tem sido feito, em parte, através de uma tentativa de desenvolver uma parceria com a Saúde Pública recorrendo a vários mecanismos. Os seus principais interesses nesta área têm sido forçados a deslocar-se para uma nova fonte potencial de influência: a redução dos danos, um grupo que emergiu a partir de investigação no campo das drogas ilícitas (que promove estratégias preventivas e remediadoras dos danos em conciliação com o consumo), mas que não reflete o verdadeiro estado da arte da investigação sobre o álcool. Desta forma, diferenças culturais entre os países têm sido usadas para contra-argumentar a aplicação de estratégias baseadas em evidências, e cada vez mais a indústria tenta concentrar a atenção das autoridades e do público na oferta informal ou ilegal de álcool, afastando-a dos produtos comerciais. Uma posição-chave defendida e divulgada pela indústria sobre estratégias eficazes para reduzir efeitos nocivos do álcool tem tido um foco de investigação oposto ao da Saúde Pública; a indústria defende que só

³¹ As diversas formas de financiamento da Indústria do Álcool podem ser exploradas na literatura científica internacional através do endereço eletrónico - <http://www.parint.org/isajewebsite/conflict3.htm> - no seguinte tópico: II. Annotated Bibliography of the Alcohol Industry and Competing Interest.

as estratégias de educação e informação (sem evidência científica de eficácia) são importantes, ao mesmo tempo que rejeita as de regulação, que limitam a oferta e aumentam o preço (com clara evidência científica sobre a sua eficácia e custo-eficácia) por as considerarem inapropriadas (Casswell, 2009; Anderson e Baumberg, 2006).

Além disso, a Indústria do Álcool tem uma atuação constante e incisiva com o intuito de influenciar os processos políticos relevantes para os seus interesses particulares. Toda a Indústria do Álcool - produção, distribuição a venda e publicidade - está envolvida ativamente no processo político de influência e *lobbying*, desenvolvendo papéis importantes na tentativa de manter os níveis de consumo e os problemas consequentes (Babor *et al.*, 2010; Casswell, 2009). Essas atividades, apesar de serem do conhecimento público em geral, são um desafio à investigação científica que procura evidências concretas para além do senso comum e à Saúde Pública que precisa de novas políticas públicas e estratégias efetivas para lidar com o fenómeno.

O papel da Indústria do Álcool em termos económicos tem sido bastante relevante em grande parte dos países do mundo, mas especialmente a nível europeu (Babor *et al.*, 2003; 2010). A Europa pode ser considerada o centro da indústria e do mercado global de álcool, sendo simultaneamente o maior produtor e o maior mercado de bebidas alcoólicas. A produção europeia de bebidas alcoólicas atinge um quarto de todas as bebidas alcoólicas e mais de metade do vinho a nível mundial. O comércio é ainda mais centralizado na Europa com 70% das exportações e pouco menos da metade das importações mundiais de bebidas alcoólicas a envolver a UE. Apesar da maioria deste comércio ser feito entre países da UE, o comércio de álcool acaba por contribuir com cerca de €9.000 milhões de euros para a balança comercial da UE como um todo. Encontra-se também envolvido numa alargada dimensão de atividades - agrícolas, industriais, de distribuição, comerciais, turísticas, de marketing e publicidade - que estão associadas a uma variedade de empregos nos setores primário, secundário e terciário. Apesar disso, não há evidência que estas atividades existam unicamente devido a este setor e que não se mantenham ou desenvolvam sem ele (Anderson e Baumberg, 2006).

Assim, as bebidas alcoólicas são um importante bem económico que está associado a receitas fiscais e despesas de consumo substanciais. O relatório de investigação "Álcool na Europa: uma perspetiva de saúde pública" (Idem, 2006) apresenta estimativas para os anos de 2000 estimando que este mercado gera um valor de cerca de de €58.000 milhões anuais nas receitas e nas contas públicas dos Estados da EU, mas estima também que os custos sociais podem atingir cerca de duas vezes e meia esse valor.

CAPÍTULO VI – MATERIAL E MÉTODOS

1. A ABORDAGEM METODOLÓGICA

A investigação científica na área multidisciplinar da Saúde Pública utiliza duas grandes abordagens metodológicas - quantitativa e qualitativa - ou uma combinação dessas – recorrendo a técnicas típicas de cada uma delas para a colheita e análise de dados por forma a obter resultados e atingir os objetivos a que se propõe (Creswell, 1994, 2009). As opções metodológicas de uma investigação (paradigma teórico, técnicas e instrumentos) são sempre condicionadas pelo objeto e o propósito do estudo.

Esta investigação como um todo satisfaz algumas condições fundamentais onde a utilização das chamadas metodologias qualitativas são as mais indicadas (Moreira, 1994), já que permitem a captação dos fenómenos estudados através do envolvimento dos atores sociais e no contexto em que se desenrolam, demonstrando atenção com o processo e as relações sociais.

Bogdan e Biklen (1994) discutem o conceito da metodologia qualitativa associada à investigação, caracterizando-a através do uso do ambiente natural como sua fonte direta de informação, da presença do investigador como principal instrumento de recolha de dados e informações que são predominantemente descritivos, da preocupação maior com a análise do processo e a busca do "significado" que os indivíduos dão aos acontecimentos e, por fim, da tendência à análise dos dados ser um processo indutivo.

Além disso, na investigação qualitativa é comum utilizar-se diversos métodos de colheita de dados e diversas fontes de informação disponíveis, com vista a responder no seu conjunto às várias facetas da investigação e a validar os dados obtidos através de cada método (Moreira, 1994).

A análise dos dados obtidos na investigação baseia-se num paradigma compreensivo, já que tem como objetivo a compreensão do significado declarado pelos atores envolvidos, com frequência implicitamente, através dos acontecimentos que lhes dizem respeito ou aos comportamentos que manifestam (Lessard-Hébert, Goyette, e Boutin, 1994).

As evidências e os resultados apresentados em investigação qualitativa não estabelecem, por si, relações do tipo causal, ao invés disso, dão sentido ao fenómeno e demonstram a plausibilidade desses resultados (Fortin, 2000).

A abordagem qualitativa da investigação possui um propósito eminentemente descritivo e/ou exploratório, onde se procura recolher, organizar e analisar as informações e os dados existentes, devido à falta de estudos existentes que caracterizem o fenómeno em todos os seus aspetos e abrangência. Este propósito evidencia-se a partir da questão de partida de investigação 1 (e sub-questões) que aborda "quais são as políticas, os fatores e os atores que influenciam as políticas...", evidenciando que as melhores estratégias de recolha de dados e evidências seriam decorrentes de levantamentos de dados ou análise de arquivos. Em fases mais avançadas começa a apresentar também um propósito mais explanatório, devido à necessidade de respondermos a questões que buscam um conhecimento mais aprofundado, disperso e pouco estudado sobre os fenómenos e que lidam com as interações existentes ao longo de um determinado tempo ou através de um processo. Este propósito evidencia-se a partir das questões de partida de investigação 2 e 3 que abordam "como e porque o processo de tomada de decisão e desenvolvimento das políticas é e pode ser influenciado...", evidenciando que as melhores estratégias de recolha de dados e evidências seriam decorrentes de experimentos, pesquisas históricas ou estudos de caso (Yin, 2001).

As fases iniciais da investigação, que descrevem, reconstroem e exploram os acontecimentos decorridos durante o período estudado, adequam-se à utilização de técnicas de levantamento de dados, bem como análise de arquivos e documentos primários e secundários (Idem, 2001). Permitem delimitar o fenómeno, descrever o processo, identificar os atores e o contexto em que decorreram as políticas do álcool. Estas estratégias resultam num trabalho com características descritivas, que criam as condições para a exploração das relações existentes entre os acontecimentos e a identificação de influências presentes no processo político e das políticas públicas. É deste campo que surge a formulação e confirmação de hipóteses (Fortin, 2000).

As fases subsequentes, que procuram compreender as políticas do álcool em desenvolvimento no seu contexto real, lidam com acontecimentos contemporâneos relacionados com o fenómeno estudado, onde os limites entre o fenómeno e o contexto não estão claramente definidos. Por isso adequam-se à utilização de técnicas variadas (análise de documentos, observação, aplicação de questionários, entrevistas, etc...) e de fontes de informação diretamente acessíveis por meio de diversas evidências documentais primárias, organizações e atores envolvidos. Estas estratégias aproximam-se muito das utilizadas em “estudos de caso”, apesar deste não se constituir objetivamente no decorrer da investigação

A questão da generalização deste tipo de investigação também é de realçar. Sendo cada fenómeno estudado tratado como único e singular, a possibilidade de generalização passa a ter menor relevância, já que o interesse se volta para a investigação sistemática de uma instância específica. Quanto à generalização do que foi apreendido num tipo de contexto para outros contextos semelhantes, dependerá muito do tipo de leitor ou da utilização do estudo (Lüdke e André, 1986; Stake, 1995). Além disso, estamos a lidar com acontecimentos contemporâneos relacionados com o fenómeno estudado, dentro do seu contexto de vida real, onde os limites entre o fenómeno e o contexto não estão claramente definidos (Yin, 2001).

Apesar desta investigação qualitativa possuir à partida uma intenção de apreender sobre o desenvolvimento de políticas públicas, de forma a usufruir do conhecimento adquirido para o aplicar a outros casos semelhantes e sobre o problema estudado em geral, ela não foi organizada com a intenção primordial de compreender algo para além do caso investigado, como seria o caso de uma investigação do tipo instrumental, mas sim de compreender o caso investigado em particular, sendo, assim, um investigação essencialmente do tipo intrínseco (Stake, 1995).

2. O DESENHO DA INVESTIGAÇÃO

O foco desta investigação foi definido a partida como sendo o processo das políticas do álcool e centrou-se na cronologia dos acontecimentos. Isto deveu-se ao facto dos acontecimentos precedentes influenciarem os posteriores, quer seja porque os segundos dependem dos primeiros, quer seja porque os primeiros modificam a realidade em que os segundos ocorrem. A análise do processo de desenvolvimento das políticas – da tomada de decisão políticas à implementação das políticas públicas - facilita o estabelecimento das relações entre os acontecimentos inseridos em etapas e momentos específicos que estabelecem a lógica entre os subsídios geradores das políticas e seus resultados. Assim, a investigação tem em conta a compreensão não só do conteúdo das políticas e dos planos em si, mas também do seu processo de desenvolvimento e do contexto em que se inserem, com a participação dos organismos e atores sociais envolvidos.

Referido na introdução deste trabalho, o objetivo geral da investigação consiste em “identificar e caracterizar os determinantes do processo de tomada de decisões e desenvolvimento de políticas públicas relacionadas com os PLA - políticas do álcool - ,

nos seus contextos multissetoriais, de forma a contribuir para a construção de uma estratégia de Saúde Pública mais adequada a esse processo em Portugal”

Para a concretização deste objetivo geral definimos os seguintes objetivos específicos:

- Caracterizar o consumo de álcool e os problemas associados da população portuguesa a partir de dados produzidos por inquéritos nacionais e europeus.
- Identificar e caracterizar os protagonistas e organismos envolvidos nas políticas públicas do álcool a nível nacional
- Identificar e caracterizar as políticas do álcool a nível nacional e europeu e analisar o seu impacto no que respeita ao desenvolvimento das medidas específicas e intervenções.
- Identificar, caracterizar e analisar o processo de criação e implementação das políticas do álcool nacionais.
- Identificar, caracterizar e analisar as influências presentes os fatores determinantes da criação e implementação das políticas do álcool nacionais.

Só foi possível operacionalizar a concretização desses objetivos graças à delimitação do fenómeno a estudar, tendo em consideração a evolução mais recente das políticas do álcool planeadas em Portugal. Assim, o desenho da investigação tem por base o processo de desenvolvimento das políticas do álcool em Portugal e reconstruiu a ordem cronológica dos acontecimentos do período de tempo que se estende do início da elaboração do Plano de Ação Contra o Alcoolismo (PACA), em 1999/2000, até aos desenvolvimentos mais tardios e à avaliação final do Plano Nacional para a Redução dos Problemas Ligados ao Álcool (PNRPLA 2010-2012), em 2013.

A estrutura da investigação desenvolveu-se por fases distintas, de acordo com seus objetivos e no intuito de dar resposta às suas perguntas de partida.

A primeira fase da investigação serviu para descrever o fenómeno do desenvolvimento das políticas do álcool de modo a estabelecer as suas características. A descrição completa de um fenómeno específico é importante para o desenvolvimento de uma teoria de campo e como trampolim para a formulação de hipóteses de trabalho (Fortin, 2000).

A segunda fase da investigação serviu para explorar os temas relacionados com o processo de desenvolvimento das políticas do álcool e os vários fatores que o influenciaram, caracterizando a essência exploratória da investigação. Ainda nesta fase da investigação, já com o foco no momento mais atual, se explora a perceção dos atores sobre os acontecimentos passados e contemporâneos, mas dedica-se mais atenção ao momento atual do que às questões históricas. Esta fase permite uma reflexão mais profunda sobre o estado da arte presente e as influências que se estabelecem nas políticas do álcool, caracterizando uma fase mais explanatória da investigação.

Numa terceira fase da investigação se procedeu a agregação e integração da informação e das evidências recolhidas, com o objetivo de identificar as relações e padrões complexos existentes entre os assuntos e acontecimentos, as intervenções dos atores e as circunstâncias contextuais e os resultados alcançados pelas políticas no decorrer da elaboração e implementação das políticas do álcool. Para tal, fez-se uso de um modelo lógico que encadeia e relaciona as diversas etapas do processo político e das políticas públicas, integrando a informação e das evidências encontradas nos momentos a que pertencem. Esta estratégia é particularmente útil para o desenvolvimento de investigações de origem exploratória, mas que procuram estabelecer relações entre acontecimentos, assemelhando-se a técnicas de análise de adequação ao padrão e de séries temporais, o que permite uma melhor compreensão do fenómeno estudado (Yin, 2001).

Uma análise final dos resultados permite identificar os fatores que estiveram presentes no período estudado e na atualidade das políticas do álcool. A utilidade e o foco final desta análise se prende a compreensão de como se estabelecem as políticas, como atuam os atores envolvidos e que circunstâncias permitem o melhor desenvolvimento de todo o processo político.

A importância de determinar o foco da investigação e estabelecer os contornos do estudo a ser desenvolvido, decorre do facto de que nunca ser possível explorar todos os ângulos do fenómeno em tempo razoável. A seleção de aspetos mais relevantes e a determinação do recorte é, pois, crucial para atingir os propósitos do estudo de caso e para chegar a uma compreensão mais completa da situação estudada (Lüdke e André, 1986).

A apresentação global dos resultados da investigação é composta de uma estrutura descritiva de base cronológica sobre a qual se identificam os fatores que influenciaram e influenciam as políticas públicas do álcool em Portugal. A integração dos resultados num modelo lógico facilita a análise do processo das políticas e permite compreender as relações complexas que se apresentam (Yin, 2001). Uma visão atual sobre as políticas passadas e presentes, baseada na perceção dos atores que as vivenciam, completa o quadro que permite uma análise e discussão das políticas do álcool em Portugal.

Um esquema sintético da investigação mostra as fases, respetivas abordagens e estratégias metodológicas que demonstraram ser as mais adequadas (ver Figura 6).

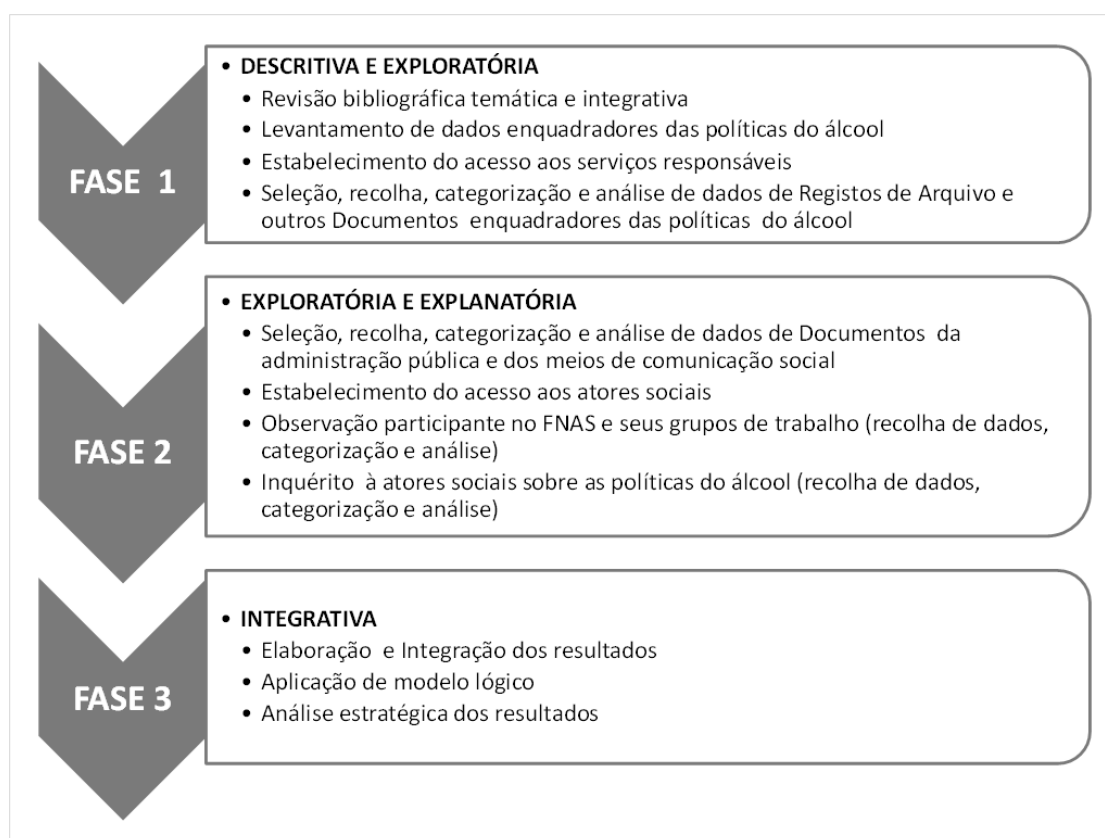


Figura 6 - Desenho da investigação: fases, abordagens e estratégias metodológicas

Partindo do pressuposto de que as políticas de saúde (e as políticas do álcool) tendem a afetar a qualidade de vida e a saúde da população, mas que esses efeitos são difíceis de serem relacionados diretamente com os objetivos iniciais e as atividades, a adoção de um procedimento sistémico (com *inputs*, *withinputs* e *outputs*) que permita estruturar,

situar e contextualizar a informação e as evidências encontradas, oferece as condições necessárias à análise das etapas através das quais passam as políticas do álcool. A utilização de um “modelo lógico”, como procedimento adequado a estes fins, tem sido defendida por diversos autores que desenvolvem investigação, avaliação e desenvolvimento de políticas, planos e programas de saúde. Por “modelo lógico” entende-se uma imagem relativa à forma sistematizada de apresentar e partilhar a compreensão das relações existentes entre os recursos disponíveis, as ações e atividades preconizadas e à maneira como se pretende atingir os objetivos estabelecidos de mudanças e os resultados desejados (Cunha Filho *et al.*, 2010; Burris *et al.*, 2010; Cunha Filho e Ferreira-Borges, 2008; Kellogg Foundation, 2004).

Por esta razão, nesta investigação foi construído um modelo lógico, baseado no conceito sistémico já descrito na abordagem à tomada de decisão política e à implementação de políticas públicas. Este permite a inclusão e encadeamento dos dados e informação recolhidos nos contextos que lhes dizem respeito ao longo do processo. De igual forma, serve à análise dos fatores determinantes das políticas do álcool presentes e do seu desenvolvimento.

O modelo final elaborado encontra-se desenvolvido integralmente no Anexo 3.

3. AS FONTES DE INFORMAÇÃO

As fontes de informação da investigação devem fornecer acesso a atuação dos atores sociais envolvidos nas políticas do álcool, mas também a multiplicidade de fatores que afetam as políticas do álcool, nomeadamente aqueles ligados aos conteúdos, processos e contextos das políticas do álcool e suas inter-relações. (Walt e Gilson, 1994).

As fontes de informação primordiais nesta investigação foram as entidades públicas responsáveis pelo processo de desenvolvimento das políticas do álcool. Através delas se teve acesso a relatórios, e outros documentos públicos, documentos de arquivo e ao registo de acontecimentos em que participavam ativamente todos os atores sociais. Essas fontes ainda forneceram referências para outras fontes de informação de dados e documental externas. A utilização de fontes de gestão de informação oriunda dos meios de comunicação também foi útil para o acesso aos fatos ocorridos e ao discurso dos atores em cada momento e diante de cada situação. O acesso aos atores sociais, que ocorreu em grande parte através das entidades públicas, permitiu a recolha de informação através do contacto direto com esses atores.

Fontes de informação para recolha de material documental

Num quadro onde os artigos científicos referentes às políticas do álcool em Portugal publicados em revistas indexadas são escassos, a busca de publicações não indexadas, “literatura cinzenta”, publicações técnicas e documentos de trabalho e arquivo de entidades e organismos públicos nacionais, assim como outras fontes de informação e evidências como o discurso e a perceção dos atores envolvidos é essencial para fornecer um resultado mais fidedigno e completo.

Com base na literatura de referência, documentos oficiais públicos e no levantamento inicial e enquadramento das políticas do álcool na Europa e em Portugal foi possível começar a desenhar o conjunto de fontes de informação que poderiam fornecer dados úteis para a investigação. No levantamento inicial pode-se identificar de imediato as instituições internacionais (OMS), transnacionais (EU), e nacionais (Ministério da Saúde), responsáveis pelas políticas do álcool. Nesta sequência, um universo mais amplo de organismos nacionais foram referidos e fizeram integrados: a AR, o próprio Governo e PCM; o próprio Ministério da Saúde (MS) e DGS, CRA, IDT, SICAD, ACSS, INSA; o Ministério da Finanças (MF) e DGO, do Ministério da Administração Interna (MAI) e

ANSR, entre outras. O acesso aos documentos da maior parte destas fontes ocorreu diretamente, através dos seus *sites* institucionais e repositórios públicos de documentos ou por via das entidades do MS responsáveis pelas políticas do álcool.

A identificação da principal fonte de informação a nível nacional refere-se às entidades responsáveis pelas políticas do álcool, durante o período em que desempenharam essas funções, que recai em. Assim esses critérios resultaram na identificação das seguintes entidades públicas do MS: a DGS (e os CRA³²), durante o período de 2000-2006, e o IDT/SICAD, durante o período de 2007-2013. O acesso às fontes de informação e aos atores sociais dos serviços responsáveis foram concedidas pelos dirigentes dos organismos responsáveis e o trabalho de campo se desenvolveu através da colaboração voluntária dos responsáveis institucionais dos serviços envolvidos.

Outra fonte de informação contextualizada das políticas do álcool em Portugal foi a fornecida pelos meios de comunicação social. Através de artigos da *media* jornalística pode-se identificar e corroborar a prática das políticas públicas, os acontecimentos do seu desenvolvimento, os contextos da sua aplicação e os discursos de atores sociais. Nesta investigação o acesso a essas fontes de informação foi feito através de uma empresa especializada que disponibilizou a consulta a uma base de informação de *clipping* específica sobre o assunto em causa. A dimensão desse universo inclui todos os artigos de *media jornalística* generalistas nacionais no período de vigência dos dois planos alcoólicos considerados para efeito da investigação, desde a aprovação do PACA até a avaliação do PNRPLA (2000-2013).

Esta fonte de informação foi complementada com o acesso direto a uma revista mensal especializada na área das dependências, para um período de tempo mais recente (2008-2013) que permitiu um acesso mais direto e aprofundado do assunto e acontecimentos. A delimitação temporal consultada corresponde ao período em que a revista passou a englobar assuntos ligados às políticas do álcool, que coincide, por sua vez, com a passagem da responsabilidade pelos PLA para o IDT e com o período de influência do PNRPLA, desde a sua elaboração até a sua avaliação (2008-2013).

Fontes de informação para observação participante e aplicação de inquérito

Os atores sociais que tenham estado envolvido no planeamento, elaboração e implementação de políticas do álcool durante o período de tempo abrangido pela investigação estão em posição privilegiada para fornecer informação privilegiada sobre o assunto. Pode-se diferenciar, para efeitos de representatividade e de análise, os grupos de atores sociais que vivenciaram a aplicação das políticas do álcool: (i) órgãos políticos da governação e da administração pública do MS (DGS, IDT e do SICAD) e de outros ministérios e serviços envolvidos nas políticas do álcool; (ii) Operadores da Indústria de Bebidas Alcoólicas - associações representativas do sector; cervejeiras, produtores de vinho, hotelaria e restauração, comerciantes, publicitários, etc.; e (iii) Sociedade Civil Organizada – organizações não-governamentais, sociedades científicas e profissionais nas áreas da Saúde, Social, Cidadania e Consumo envolvidos nas políticas do álcool.

O acesso a representantes desses atores sociais desenvolveu-se através dos contactos existentes junto das entidades responsáveis pelas políticas do álcool e da sua identificação através de documentos e registos consultados.

Para o objetivo da investigação, de compreender o processo político e atuação dos atores sociais, a representatividade dos atores se faz através do universo dos representantes que participaram nos acontecimentos e eventos das políticas do álcool publicamente.

³² Os CRA eram entidades autónomas mas a sua coordenação era responsabilidade da DGS, através do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental.

O acesso a elementos-chave das organizações, a grupos de trabalho, fóruns e listas de atores sociais que estão diretamente envolvidos com o desenvolvimento das políticas é uma estratégia adequada ao estudo, pois coincide com o fato de estarmos a investigar as influências que são exercidas na elaboração e desenvolvimento das políticas públicas; assim, a população alvo do estudo são os atores presentes e em contato com os organismos responsáveis, identificados nas atividades e referenciados no processo. É de referir que estes indivíduos são identificados como representantes de entidades e organizações do poder público, de um setor social ou da sociedade civil. Assim, estamos diante de atores institucionais, apesar de haver uma personalização inerente a posição que cada indivíduo ocupa na representação das suas instituições.

Na prática, a partir dos colaboradores dos organismos responsáveis pelas políticas do álcool nas fases iniciais da investigação formou-se o primeiro núcleo painel de atores sociais. Em seguida, através dos registos de arquivo e documentados destes organismos, alargou-se o grupo de atores existentes. Por fim, a constituição de um fórum nacional sobre o álcool (FNAS), que congregou os diversos atores sociais envolvidos nas suas atividades, permitiu reunir um grupo alargado e mais completo de atores sociais, que foi alvo de observação participante durante as atividades que decorreram e completou o painel de atores sociais a que foi aplicado um inquérito.

Esta estratégia de busca e seleção da população alvo assemelhou-se a uma estratégia de bola de neve (*snowball*) onde os atores e informantes identificados e contactados indicaram outros atores em posições-chave de participação ou com conhecimento da realidade em estudo. Este tipo de estratégia possui potenciais vantagens e fraquezas (Moreira, 1994). A principal vantagem é que se reproduz mais claramente a rede de relações e interesses em que os atores sociais estão envolvidos; o que nesse estudo, em que se pretende identificar o grupo de atores que influencia diretamente as políticas, é uma mais-valia importante. A fraqueza mais evidente é que pode limitar o grupo de atores sociais envolvidos a uma rede isolada, excluindo aqueles que atuam fora desta rede.

Neste ponto é de referir que, como estamos estudando uma rede de influências centrada na tomada de decisão, elaboração e implementação de políticas públicas, interessa-nos especialmente os atores que atuam dentro dessa dimensão e junto das organizações responsáveis mencionadas ou do domínio público, pelo que a possível exclusão de algum ator é considerada como fruto da sua potencial não atuação, que o leva a ser um ator secundário e com menor relevância na investigação. É também importante de referir que o interesse da investigação centra-se na perceção e opinião particular dos atores sociais e na sua atuação no espaço dos acontecimentos em que estão inseridos, ou seja, os momentos e acontecimentos sociais em que esses atores participam ou interagem na busca de fazer sobressair a sua posição e influenciar os outros atores, as políticas e o resultado delas.

4. A RECOLHA DE DADOS

A questão da identificação, seleção e recolha sistemática da informação, pelas características próprias do objeto estudado, torna-se determinante para o processo de investigação e os seus resultados, bem como para a capacidade da investigação encontrar respostas adequadas às questões de partida formuladas.

Os dados recolhidos nas fases iniciais da investigação orientam onde e como serão recolhidos os dados em fases posteriores, o que demonstra a utilidade de uma investigação com fases sequenciais. Este é um desenho utilizado normalmente para explicar e interpretar os resultados inicialmente obtidos, sendo os resultados encontrados numa fase mais avançada da investigação o suporte e a confirmação ou revisão dos padrões encontrados inicialmente. Todavia, permite também melhor reconstruir os

acontecimentos, atividades e interações em cada momento e ao longo do tempo, encontrando uma lógica entre os factos que definem o processo de desenvolvimento das políticas.

De acordo com as fases da investigação e seus objetivos metodológicos existem estratégias mais adequadas a recolha e tratamento da informação (Yin, 2001). Na Fase 1 se recolhe e organiza a informação descritiva e sobre os PLA e as políticas do álcool no período em análise, fornecendo uma base compreensiva para a análise dos processos ao longo do tempo. As principais estratégias que permitem a recolha de informação e dados nesta fase exploratória se referem a revisão de literatura, levantamentos de dados, análise de registos de arquivos (inquéritos de saúde, planos e relatórios, legislação) e de outros documentos enquadradores. Na Fase 2 se explora o desenvolvimento do processo e os fatores envolvidos nas políticas do álcool ao longo do tempo. As principais estratégias de recolha de informação e dados nesta fase partem da análise de documentos diversos (de trabalho - da administração pública - e artigos jornalísticos - dos meios de comunicação social), de uma observação participante no FNAS e seus grupos de trabalho. Esta fase é complementada com a recolha de informação atual sobre a perceção dos atores sociais sobre as políticas do álcool, e se desenvolve através da aplicação e análise de um inquérito por questionário com informação quantitativa e qualitativa. Na Fase 3 se integra as informações e evidências encontradas, evidenciando as determinantes presentes e a evolução do processo de desenvolvimento das políticas. Este procedimento foi realizado através da aplicação do modelo lógico, com suas etapas do processo, à cronologia dos acontecimentos. Este modelo (que incorpora técnicas de análise de adequação ao padrão e de análise de séries temporais) permitiu uma melhor leitura e análise dos acontecimentos e promoveu uma base para a discussão dos resultados e a apresentação de conclusões. A necessidade de utilização de um modelo de análise estruturado deveu-se, entre outros, ao fato do objeto do estudo, as políticas do álcool, possuir uma diversidade de assuntos no seu conteúdo, ser desenvolvido por um variado leque de instituições ao longo do tempo e sofrer influências de vários e diversos atores sociais, que atuam de forma mais instrumental que ideológica, num contexto internacional e nacional que condiciona as políticas.

A adequação das estratégias de recolha de dados a cada fase da investigação orientou sobre as melhores estratégias disponíveis para obter o tipo de informação desejado. A disponibilidade das fontes de informação e o acesso aos dados que elas contêm condicionam a recolha e utilização da informação. A recolha de dados pode ser condicionada pelo conjunto dos materiais disponíveis nestas fontes de informação.

Da mesma forma que se consultou uma diversidade de fontes de informação, estas fontes forneceram uma diversidade de suportes de onde se pode obter dados e evidências para o caso. Esses suportes dos dados e evidências identificados, e também as estratégias utilizadas para aceder a esses dados, serviram para a definição do conjunto de materiais da investigação.

Alguns materiais apresentam uma relativa independência das fontes de informação de que são oriundos, que funcionam como repositórios de informação (como a literatura científica ou os artigos jornalísticos). Outros materiais foram constituídos a partir das atividades dessas mesmas fontes (registos de arquivo e documentos administrativos, observações sobre o FNAS). E ainda existem materiais que são produzidos no âmbito da própria investigação através de instrumentos desenhados propositadamente para o efeito. Da mesma forma, esses materiais, oriundos de fontes e suportes diversos, podem fornecer dados e evidências de diferentes tipos.

Uma síntese da estrutura da investigação permite uma compreensão do que está envolvido em cada uma das suas fases, enumerado sistematicamente as estratégias metodológicas utilizadas, as fontes de informação identificadas e os materiais que compõem a investigação (ver Tabela 5). As estratégias metodológicas utilizadas para

identificação, seleção e recolha de dados e de informação encontram-se identificadas e detalhadas no Anexo 4. Os procedimentos detalhados fornecem informação sobre a origem e qualidade dos dados obtidos, a adequação das estratégias metodológicas para a obtenção dos dados e a sua utilidade para os fins da investigação.

Tabela 5- Síntese da estrutura da investigação		
FASE 1		
Estratégias e Técnicas	Fontes de Informação	Material
Revisão bibliográfica	Base de dados e artigos científicos, pesquisa bibliográfica	<ul style="list-style-type: none"> Artigos científicos, livros temáticos e técnicos
Revisão da literatura integrativa	Base de dados e artigos científicos, pesquisa bibliográfica e repositórios das instituições de Saúde e Ensino Superior	<ul style="list-style-type: none"> Artigos científicos, livros temáticos e técnicos, relatórios académicos e técnicos
Seleção, recolha de dados, categorização e análise de Registos de arquivo	OMS, UE, AR, MS, DGS, IDT, SICAD, INSA	<ul style="list-style-type: none"> Levantamento e análise de documentos enquadradores das políticas do álcool dos PLA (1999-2013) Planos e Relatórios de Saúde (1999-2013) Inquéritos de Saúde (1999-2013) Legislação (1999-2013)
FASE 2		
Estratégias e Técnicas	Fontes de Informação	Material
Seleção, recolha de dados, categorização e análise de Documentos	Base de dados de <i>clipping da media</i> Acesso <i>on line</i> a revista de imprensa especializada (Dependências)	<ul style="list-style-type: none"> Artigos jornalísticos generalistas (2000-2013) Artigos jornalísticos especializados (2008-2013)
Seleção, recolha de dados, categorização e análise de Documentos	AR, DGS, IDT, SICAD	<ul style="list-style-type: none"> Documentos primários e secundários - documentos, grupos de trabalho e relatórios (1999-2013)
Seleção, recolha de dados, categorização e análise de Documentos	FNAS	<ul style="list-style-type: none"> Documentos primários e secundários - documentos, grupos de trabalho e relatórios (2008-2013)
Observação participante	FNAS	<ul style="list-style-type: none"> Atas, e notas de campo (2010-2013)
Aplicação e análise de Questionário	Atores Sociais das entidades envolvidas	<ul style="list-style-type: none"> Questionários (2013-2014)
FASE 3		
Estratégias e Técnicas	Fontes de Informação	Material
Análise dos dados Integração de resultados	Modelo lógico Atores Sociais (perceção)	<ul style="list-style-type: none"> Material e dados recolhidos e categorizados

5. O MODELO DE ANÁLISE E A CATEGORIZAÇÃO DOS DADOS

A análise de dados significa interpretar e dar sentido ao material da investigação, a partir da recolha dos dados (Bogdan e Biklen, 1994). Antes do mais pressupõe utilizar um sistema para a seleção e categorização os dados recolhidos. Mas, se este procedimento tem como objetivo que se possa organizar os dados, a sua intenção maior é permitir que se possa analisar e sintetizar as evidências encontradas, procurar padrões e estabelecer relações entre elas. Este processo deve permitir identificar e apresentar os assuntos relevantes para os resultados da investigação.

A utilização da informação e dos dados sobre os PLA e as políticas do álcool teve como intenção desenvolver uma análise política centrada no processo de tomada de decisão política e de implementação das políticas públicas, os seus conteúdos, considerando sempre as ações dos atores sociais envolvidos e as influências do contexto existente (Buse *et al.*, 2005; Walt e Gilson, 1994).

A preparação da grande diversidade de dados foi essencial para se conseguir obter uma reconstrução histórica e contextualizada das políticas e compreender as dinâmicas envolvidas. Por outro lado, a estruturação dos dados permitiu uma melhor aplicação do modelo lógico para a análise dos resultados encontrados.

A categorização dos dados constituiu-se como o processo de organização e classificação dos dados obtidos do material de investigação, servindo para efeitos de análise, comparação e interpretação, de forma a produzir um conjunto estruturado de resultados.

A investigação adotou a definição à partida das grandes categorias onde se inserem os dados obtidos. As categorias (e subcategorias) utilizadas foram definidas previamente à recolha de dados, através da pesquisa dos assuntos a serem investigados.

As categorias foram definidas primeiro com base nas políticas públicas do álcool referenciadas na literatura científica, nos estudos internacionais desenvolvidos e amplamente conhecidas no período estudado. Optou-se por um gama razoável de categorias, de modo que não fossem muito agregadoras de ações que são diversas na sua prática, mas não tão diversas que dificultassem a sua gestão. A solução encontrada foi definir subcategorias ou indicadores que pertencessem a cada uma categoria em causa. Entre os diversos exemplos identificados em outros estudos e textos técnicos, um estudo europeu com objetivos semelhantes foi o que mais se mostrou adequado, tendo sido adotado um conjunto de 12 categorias referentes as políticas públicas previamente elaborado e testado. A estas se adicionou uma categoria estrutural correspondente a atividade política em si.

Simultaneamente, foram adotadas categorias relacionadas com etapas do modelo lógico aplicado ao processo político, apresentado anteriormente, tendo sido adotado um conjunto de 11 categorias que permitem uma inserção cronológica e contextualizada dos dados e da relações entre eles.

A categorização em si e a utilização de dois eixos ou dimensões para essa categorização permitiu reunir, colidir e comparar os dados obtidos de todo o material da investigação, de forma contextualizada, facilitando a sua análise e apresentação dos resultados.

Toda a informação e dados identificados, recolhidos e selecionados do material de investigação sofreram uma categorização que obedeceu dois eixos de referência distintos:

- O eixo transversal das políticas públicas - refere-se ao conteúdo da atividade política em geral do processo político de tomada de decisão e da implementação das políticas públicas do álcool específicas, como estão pré-definidas em estudos internacionais anteriores e literatura científica, considerando os atores sociais que as fazem ou delas participam;

- O eixo horizontal cronológico - refere-se ao desenvolvimento dos processos da política e das políticas públicas esquematizados no modelo lógico, sempre contextualizados em relação ao momento em que ocorrem.

O eixo transversal das políticas públicas permite organizar os dados de acordo com a dimensão da política do álcool em geral, mas também com cada tem dimensão específica que compõe as políticas do álcool. Este eixo é composto de grandes categorias agregadoras e categorias que identificam políticas públicas setoriais. Delas fazem parte uma série de indicadores (estratégias e intervenções) que se referem às medidas de políticas públicas mais específicas. Essa categorização permite reunir os dados que se encontram dispersos por diferentes fontes, construindo um conjunto mais vasto e consistente de evidências sobre cada assunto das políticas do álcool.

As grandes categorias utilizadas na investigação já se encontravam descritas na revisão da evidência científica enunciada nos principais relatórios científicos internacionais elaborados durante o período a que essa investigação se dedica (Babor *et al.*, 2010, 2010^a; 2003, 2003^a; WHA, 2010, 2007; Anderson & Baumberg, 2006, 2005; Edwards *et al.*, 1994). As grandes categorias escolhidas coincidem com aquelas descritas no mais recente estado da arte sobre as evidências científicas de efetividade destas (Babor *et al.*, 2010). As subcategorias tiveram origem em uma abordagem mais prática utilizada na investigação sobre as políticas do álcool na Europa e refletem a necessidade de tratar subconjuntos de medidas de origens diferentes no âmbito de uma política pública abrangente. Assim, as subcategorias utilizadas nessa investigação recaíram sobre as dimensões utilizadas no trabalho de investigação *Stakeholders' views of alcohol policy* (Anderson & Baumberg, 2005), *que fazia parte do estudo Alcohol in Europe: a public health perspective* (Anderson & Baumberg, 2006) elaborado para a Comissão Europeia. Este conjunto de dimensões de políticas públicas, além de refletir um equilíbrio maior entre especificidade, completude e síntese sobre as políticas públicas, foi elaborado com o intuito de permitir uma melhor compreensão dos conceitos por parte do público, tanto que já foi utilizado num dos instrumentos de recolha de dados dessa investigação.

A identificação prévia das estratégias e intervenções que estavam incluídas em cada dimensão de política pública permitiu que os indicadores fossem identificados, selecionados e agregados de acordo com as necessidades impostas pela investigação.

O eixo transversal da investigação se constituiu de 1 grande categoria relacionada com a tomada de decisão política (que incorpora 2 subcategorias e 5 indicadores) e outras 12 categorias (7 grandes categorias) de políticas públicas (que incorporam em cada uma um conjunto de subcategorias, totalizando 38 medidas/indicadores). Estes indicadores servem de referência para organizar o material recolhido para análise de toda a investigação e os agregar de acordo com a temática em causa (ver Tabela 6).

Tabela 6 - Eixo transversal da política e das políticas públicas e definição das categorias de análise	
1 Grande Categoria	Subcategorias - 2 indicadores
Política do álcool em geral	1. Contexto social e da saúde: (i) internacional e (ii) nacional 2. Arena dos atores sociais: (i) Sistema Político, (ii) Sociedade Civil Organizada, (iii) Indústria do Álcool
12 Categorias *(7 Grandes Categorias)	Subcategorias - 38 Indicadores
1. Condução sob o efeito do álcool	1. Redução de taxas de alcoolémia, 2. Aumento da fiscalização, 3. Sansões aos infratores.

POLÍTICAS DO ÁLCOOL EM PORTUGAL NO CONTEXTO EUROPEU:
DETERMINANTES PARA A TOMADA DE DECISÕES E DESENVOLVIMENTO DE MEDIDAS EM SAÚDE PÚBLICA

2. Educação, comunicação, formação e consciencialização pública * *(Estratégias de educação e persuasão)	1. Promoção e educação para a saúde da população, 2. Prevenção, 3. Sensibilização a trabalhadores, 4. Educação e formação dos diversos profissionais que lidam com os PLA.
3. Embalagem e rotulagem de produtos com álcool * *(Estratégias de educação e persuasão)	1. Embalagens dirigidas ao público infanto-juvenil, 2. Imagens que relacionam a bebida a bem-estar, desporto, saúde, 3. Informação e avisos sobre danos do álcool nos rótulos.
4. Relacionadas com preços e taxas para reduzir os danos causados pelo álcool	1. Aumento do preço e/ou impostos às bebidas, 2. Introdução de taxas de acordo com teor alcoólico, 3. Definição de um preço mínimo para as diversas bebidas alcoólicas, 4. Introdução de taxas e sua afetação aos PLA.
5. Comércio ilícito de produtos com álcool	1. Identificação nos produtos de bebidas para monitorização, 2. Combate à contrafação e ao contrabando, 3. Fiscalização à distribuição e venda de bebidas.
6. Subsídios a viajantes na UE	1. Restrições à venda e transporte de bebidas alcoólicas entre países aos viajantes internacionais.
7. Restrições à disponibilidade de álcool * *(Regulação do acesso físico ao álcool)	1. Restrições a abertura e funcionamento de estabelecimento de venda de bebidas de acordo com áreas geográficas, 2. Venda e/ou consumo nos estabelecimentos de saúde, no local de trabalho.
8. Venda a menores de idade * *(Regulação do acesso físico ao álcool)	1. Proibição de venda a menores de idade, 2. Aumento da fiscalização e punição a infratores, 3. Compromissos da indústria de não desenvolver produtos destinados ao público jovem.
9. Publicidade, promoção e patrocínio do álcool	1. Proibição e/ou restrições à publicidade, à promoção ou ao patrocínio de bebidas alcoólicas, 2. Inclusão de advertências nesses meios de marketing e publicidade, 3. Proibição de promoções de venda ou incentivos ao consumo, 4. Códigos de autorregulação e regulação do <i>marketing</i> e publicidade da indústria e da promoção comercial nos pontos de venda.
10. Redução de danos no consumo de álcool e ambientes envolventes	1. Planeamento e regulamentação local dos pontos de venda e consumo, 2. Proibição de venda a pessoas intoxicadas ou com perturbação psíquica, 3. Proibição de venda em autoestradas e postos de combustível, 4. Fiscalização do licenciamento, da venda e da afixação de avisos de proibição nos locais de venda, 5. Treino a profissionais do comércio para reduzir intoxicações e venda a menores, 6. Programas de intervenção nos PLA em meio laboral.
11. Intervenções no consumo de risco e nocivo de álcool e dependência de álcool * *(Intervenções precoces e tratamento)	1. Desenvolvimento de linhas orientadoras de atuação junto a populações específicas (grávidas, jovens, idosos), 2. Criação e desenvolvimento de redes e serviços de intervenção na comunidade e de atendimento e tratamento.
12. Intervenções e assistência aos familiares de pessoas com dependência de álcool * *(Intervenções precoces e tratamento)	1. Programas de aconselhamento para familiares, 2. Intervenção em crianças e famílias em risco, 3. Apoio na reinserção dos doentes na família e no meio social.

O eixo horizontal cronológico permite organizar os dados de acordo com a sua origem, relacionados temporalmente com os outros assuntos e acontecimentos e com o contexto de cada momento e na sequência de acontecimentos, estabelecendo relações conjunturais e temporais, importantes e complexas, entre as evidências encontradas. Esta categorização se origina no processo político descrito através do modelo lógico desenvolvido para a investigação.

Assim, o eixo horizontal da investigação se define através das etapas do processo de tomada de decisão política e de desenvolvimento das políticas públicas e se constituiu de 7 categorias correspondentes às etapas do processo, que incorporam um total de 16 indicadores - subcategorias - que servem de referência para organizar o material recolhido para análise de toda a investigação de forma contextualizada (ver Tabela 7).

Tabela 7 - Eixo horizontal cronológico do processo da Tomada de Decisão Política e Implementação das Políticas Públicas e definição das categorias de análise	
Categorias (7)	Subcategorias - Indicadores (16)
Processo	Tomada de Decisão Política
1. <i>Inputs</i> à política	1. Estado de saúde, necessidades de saúde (epidemiologia) 2. Pedidos, exigências, apoios e recursos
2. <i>Withinputs</i> da política	1. Atividade política e administrativa
3. <i>Outputs</i> da política	1. Tomada de decisão política 2. Planos nacionais, estratégias e outras respostas políticas
Processo	Implementação das Políticas Públicas
4. <i>Inputs</i> às Políticas Públicas	1. Políticas Públicas e medidas específicas 2. Atividade política e administrativa 3. Pedidos, exigências, apoios e recursos
5. <i>Withinputs</i> nas Políticas Públicas	1. Atividade política e administrativa
5.1. Políticas Públicas de Regulação	1. Legislação e regulamentação 2. Práticas jurídico-administrativas, regulação e fiscalização
5.2. Políticas Públicas de Alocação	1. Organização e administração de serviços 2. Produtos, serviços e programas
6. <i>Outputs</i> : Resultados das Políticas Públicas	1. Ambientais (mudanças nos serviços, programas e planos, na disponibilização, no contexto de consumo, etc...) 2. Comportamentais (mudanças no acesso e no consumo, nas atitudes, etc...)
7. <i>Outcomes</i> : Resultados de Saúde	1. Estado de saúde e bem-estar social (epidemiologia)

Os eixos de categorização produzidos se cruzam criando uma matriz de análise naturalística dos dados e evidências, através de um processo contextualizado de desenvolvimento das políticas do álcool, quer no seu todo, quer em relação a uma dimensão ou medida de política pública específica. Essa análise, desenvolvida através da utilização do modelo lógico proposto para a investigação organizou cronologicamente e estabeleceu um padrão para as evidências, permitindo estabelecer relações entre os assuntos e entre esses e o contexto dos acontecimentos. Esse produto final estruturado serviu de base para a própria apresentação dos resultados da investigação.

6. A VALIDADE DOS RESULTADOS

A investigação qualitativa utiliza meios próprios para garantir a validade dos seus resultados. A triangulação é uma combinação de tantas perspetivas metodológicas quanto possível no estudo do mesmo fenómeno (Bogdan e Biklen, 1994). Visam obter uma resposta à necessidade de validar as suas medições, informações e interpretações. Os diversos tipos de triangulação tradicionalmente utilizados são o recurso a diferentes fontes de dados, investigadores, teorias e metodologias para obter os resultados (Stake, 1995). Na impossibilidade de utilizar esses recursos tradicionais, investigações qualitativas, e especialmente os estudos de caso, muitas vezes se socorrem de táticas similares de triangulação, referida como sendo a validade de constructo. Entre as alternativas apresentadas, a validade do constructo é reforçada através do recurso a diversas fontes de evidências, do encadeamento de evidências de forma a melhorar a qualidade global dos resultados apresentados e da produção de relatórios parciais que são fornecidos e discutidos com os atores envolvidos consultados ou entrevistados (Yin, 2001).

Esta investigação preencheu esses critérios. Primeiramente, utilizou diversas fontes de dados e informação no decorrer da investigação para obtenção dos dados e informação, que foram cruzados entre si para confirmar as evidências encontradas. O encadeamento de evidências foi uma das características adotadas no quadro dessa investigação, utilizando informação já recolhida nas fases iniciais para enquadrar a informação obtida nas fases mais avançadas. Utilizou também diferentes estratégias metodológicas para recolher e tratar os dados e informação e organizou os resultados utilizando uma abordagem descritiva e cronológica e em simultâneo com um modelo lógico com o mesmo objetivo de encadeamento. Na última fase da investigação, a integração dos resultados serviu para verificar a consistência entre os resultados parciais da investigação. Muitas evidências encontradas foram discutidas com os atores que participaram dos acontecimentos descritos de forma a melhorar os resultados finais da investigação.

Algumas questões comuns na investigação qualitativa dizem respeito a validação interna e externa dos resultados. Normalmente a validação interna não é aplicável aos estudos do tipo descritivo ou exploratório já que estes não estão preocupados em estabelecer proposições causais. No entanto, as inferências realizadas durante a análise das evidências proporcionam uma conclusão derivada destas evidências, estabelecendo assim uma relação entre elas. Outra estratégia analítica semelhante é a de adequação ao padrão, semelhante a constituição de um modelo lógico de análise que permite comparar os padrões encontrados e com outros já descritos em casos semelhantes (Yin, 2001).

A utilização de um modelo lógico de análise nesta investigação forneceu as condições necessárias para estabelecer uma consistência entre os dados e os resultados. O exercício de comparação dos resultados com evidências referenciadas na literatura sobre as políticas do álcool, as estratégias dos atores sociais e os resultados das políticas permitiu uma melhor confirmação dos padrões estabelecidos.

Já a validação externa não pode ser aplicada de imediato. Qualquer generalização dos resultados ocorre de forma naturalística e através da replicação das descobertas para outras investigações a serem realizadas, o que proporcionaria a progressiva validação da teoria subjacente aos resultados encontrados (Yin, 2001).

Por fim, a confiabilidade da investigação foi preservada através dos procedimentos metodológicos descritos e desenvolvidos no decorrer da investigação. Algumas metodologias previstas no início tiveram mesmo que ser modificadas ou adaptadas à realidade e às circunstâncias, o que exigiu uma constante atualização do protocolo de investigação. Todos os procedimentos adotados se encontram devidamente descritos e justificados e o material utilizado na investigação devidamente arquivado.

7. AS CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Apesar do conhecimento existente da temática e dos principais atores sociais na área das políticas do álcool por parte do investigador, não foram identificadas interferências ao trabalho de campo da investigação. A posição do investigador como um “parceiro” no contexto das políticas do álcool ganhou especial relevo para o acesso aos atores sociais e estabelecimento da confiança. Manter uma postura construtiva, aberta e recetiva em relação aos diversos pontos de vista apresentados e discutidos, assim como em relação a disponibilidade para a recolha de informação, análise e interpretação dos dados.

Por outro lado, houve a necessidade de realçar, a cada procedimento específico da investigação que envolvessem atores sociais, os aspetos que definiam o papel do investigador em causa, o tipo de relação estabelecido e as finalidades dos pedidos formulados, de forma a manter o foco específico da interação estabelecida e reforçar a importância da coleta das informações relevantes para a investigação.

As autorizações para a realização da investigação no âmbito das instituições envolvidas foram dadas diretamente pelos responsáveis das instituições com a apresentação do pedido e do trabalho de campo a ser desenvolvido. Todas as pessoas convidadas a participar na investigação foram informadas dos seus objetivos e linhas gerais, sendo explicitado na altura do convite para a participação que poderiam sempre recusar fornecer determinadas informações em particular ou abandonar o estudo a qualquer momento do mesmo e que tinham liberdade de participação ou não. Foi apresentado também um pedido formal de consentimento informado em relação às participações individuais. Foi expressa e garantida a confidencialidade e o anonimato dos dados, adequados às circunstâncias institucionais e individuais. Estes procedimentos encontram-se nos pedidos de acesso e nos instrumentos de recolha de dados.

Na divulgação dos resultados é sempre mantido o anonimato dos envolvidos quando a informação por eles fornecida foi considerada confidencial. Os mesmos puderam exercer o direito de se manifestar a respeito ou recusar a divulgação dos dados específicos.

PARTE II – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

CAPÍTULO I - POLÍTICAS DO ÁLCOOL: DESENVOLVIMENTOS NO CONTEXTO INTERNACIONAL, EUROPEU E PORTUGUÊS

1. INTRODUÇÃO

A atual construção do conceito de políticas do álcool ganhou significado, antes do mais, tendo em consideração a evolução das evidências científicas sobre a dimensão e extensão dos danos do consumo de álcool para os próprios e para terceiros, para os cuidados de saúde e para a sociedade; muito maior que a face visível das consequências danosas diretamente identificáveis anteriormente.

A abordagem de Saúde Pública ganhou maior consistência e relevância com a articulação entre essas evidências científicas, os fatores envolvidos no fenómeno e as estratégias necessárias para lidar com isso. A investigação científica sobre o que funciona e sobre as alternativas viáveis entre as diversas estratégias existentes permitiram construir uma base de trabalho para influenciar e orientar os poderes públicos nas decisões sobre as políticas públicas a adotar.

O assunto tem recebido uma especial atenção da saúde internacional ao longo das últimas décadas. A OMS já aborda as questões do consumo de álcool e das políticas do álcool desde a década de 1970 e a UE menciona este assunto nos seus documentos desde a década de 1980.

O atual estado da arte das políticas do álcool tem sua origem no conhecimento sobre décadas de aplicação prática de medidas em países diversos, que demonstram a aplicabilidade das políticas em diversos contextos e a sua capacidade de proporcionar ganhos de saúde. Este conhecimento foi vastamente transposto para publicações técnicas e políticas de organismos internacionais de referência no decorrer dos anos, reafirmando a sua importância através de inúmeras recomendações.

Uma revisão da evolução desse corpo científico e técnico, bem como a análise das atuais evidências científicas sobre a efetividade e aplicabilidade das políticas públicas do álcool são questões que se integram numa abordagem compreensiva do assunto, proporcionando a contextualização necessária para avaliar o que está em causa e deve ser defendido em termos de Saúde Pública.

Neste capítulo aborda-se, alternadamente, as evidências científicas produzidas e as recomendações políticas feitas internacionalmente sobre o álcool que começaram a ocorrer na década de 1970 e se estenderam pelas décadas seguintes, demonstrando a consistente evolução das políticas do álcool e a complexidade de assuntos e interesses envolvidos. Na sequência, aborda-se a evolução das políticas do álcool e estruturação do sistema de saúde para os PLA em Portugal, que ocorreu na continuidade das iniciativas internacionais. Essa abordagem permite identificar os passos que levaram Portugal a desenvolver planos alcoológicos já no final da década de 1990 e perceber como o seu desenvolvimento é um reflexo das políticas do álcool internacionais as quais Portugal aderiu.

2. O ÚLTIMO QUARTEL DO SÉCULO XX E OS ANTECEDENTES SOBRE POLÍTICAS DO ÁLCOOL

Na verdade, a OMS já há muito apoia a comunidade científica, com objetivo de proporcionar uma análise das evidências disponíveis sobre as políticas públicas do álcool. Neste contexto destacou-se a proeminência da Região Europeia da OMS com as suas iniciativas.

As primeiras conclusões elaboradas por esse esforço foram reunidas num volume lançado ainda em 1975 - *Alcohol control policies in public health perspectives* (Bruun *et al.*, 1975) - pela Região Europeia da OMS. A principal mensagem do relatório estava relacionada a evidências que demonstram que um aumento do consumo médio de bebidas alcoólicas numa população tem grande probabilidade de levar a um aumento do número de consumidores pesados ou excessivos. Assim, se um governo quer diminuir o número de consumidores excessivos, pode fazê-lo através de políticas públicas que levem a limitação do consumo total nesta população. Este modelo foi seguido nos anos seguintes e durante a década de 80 e ainda é válido como uma fonte de inspiração para diferentes medidas de política do álcool.

Uma das primeiras iniciativas internacionais que seguiram essa linha foi o projeto ISACE - *Internacional Study of Alcohol Control Experiences*, desenvolvido entre 1976 e 1981, com intenção de analisar o desenvolvimento social e a experiência das políticas de controlo do álcool e seus determinantes, desde o pós-guerra, em sete sociedades da Europa e América do Norte. O controlo de álcool estudado no âmbito do projeto referia-se às medidas dos governos relacionadas com a produção, comercialização e compra de bebidas alcoólicas e a sua principal atenção centrava-se na compreensão dos controlos de bebidas alcoólicas e do papel do Estado na gestão da produção e distribuição de bebidas e como os padrões de consumo e os problemas ligados ao álcool são afetados por estas políticas (Österberg, 1986). As suas conclusões realçaram a efetividade das políticas de prevenção e gestão do consumo problemático e sua influência no consumo *per capita* na população. Outros resultados do estudo debruçaram-se sobre o envolvimento das organizações comunitárias e o desenvolvimento de estratégias de cuidados de saúde para dependência do álcool (Burns, 2013).

Em 1980, a OMS publicou um relatório da responsabilidade do "Comité de Peritos na OMS em Problemas Relacionados ao Consumo de Álcool" onde relatava as seguintes conclusões da reunião do Comité em 1979 (WHO, 2007):

(...) "Tendo em conta a grande diversidade dos males sociais e médicos e sofrimento humano resultantes do consumo de bebidas alcoólicas, a eficácia limitada e alto custo do tratamento existente ou da gestão da maioria destes problemas, e sua alta prevalência em muitas partes do mundo, o Comité recomenda que: (a) Deve ser dada clara prioridade a prevenção; (b) Um maior investimento em tratamento deve ser concentrado no desenvolvimento de serviços de baixo custo e custo-efetivo."

O relatório observou que: (i) os danos causados pelo consumo de álcool estavam intimamente relacionados com o nível de consumo dos indivíduos e populações; (ii) os governos deveriam, portanto, começar a reduzir o consumo, reduzindo a disponibilidade de bebidas alcoólicas e tomando medidas educativas e outras para reduzir a procura; (iii) as medidas educativas, bem desenhadas, teriam o potencial de reduzir a demanda de álcool, bem como a preparar a introdução de legislação de controlo que deveria ser desenvolvida; (iv) as políticas, no que diz respeito à publicidade de álcool, devem ser revistas, a fim de torná-las consistentes com os esforços educacionais para reduzir a procura.

O Comité de Especialistas recomendava que os governos deveriam iniciar e implementar políticas de álcool nacionais abrangentes e deveriam igualmente trazer ao conhecimento

das autoridades nacionais, regionais e internacionais quando as políticas e acordos comerciais envolvendo bebidas alcoólicas que estão sendo desenvolvidas possam produzir graves consequências para a saúde pública e para os custos sociais e econômicos decorrentes do aumento do consumo de álcool. Por fim, recomendava que a OMS, em colaboração com outras organizações internacionais, deveriam dar muita atenção às políticas comerciais existentes e futuras, bem como aos acordos que afetem potencialmente a disponibilidade de bebidas alcoólicas.

Assim, em 1982, a OMS dedicou as discussões técnicas da 35.^a Assembleia Mundial de Saúde aos "Problema do Álcool e Políticas de Saúde". Em 1984, entre as metas do plano da OMS "Saúde Para Todos no Ano 2000" incluiu-se as que diziam respeito a medidas preventivas de "uso nocivo de álcool, com a necessidade de redução de 25% do seu consumo global com especial atenção ao consumo de risco".

A nível da Região Europeia da OMS foi desenvolvido um estudo intitulado *Collaborative Study on Community Response to Alcohol-Related Problems*, com início em 1982, envolvendo 15 estados-membros (entre os quais Portugal), que permitiu avaliar a natureza e extensão do consumo de álcool e dos PLA nos países envolvidos (Carvalho 2004).

Por outro lado, o modelo adotado desde meados dos anos 80 pela comunidade científica foi também questionado ao longo do tempo por muitos na sociedade em geral, especialmente aqueles que defendiam o comércio e o mercado e aqueles envolvidos na Indústria do Álcool. Isso fez com que fosse fundamental desenvolver estudos de acompanhamento, a fim de dar às políticas do álcool uma maior e mais adequada fundamentação (Olsson, 1995).

Assim, na década de 90 deu-se um novo folego a esse assunto. Em termos políticos houve alguns avanços internacionais.

A nível da UE, os Programas de Cooperação Técnica Europeia para a Prevenção dos PLA da década de 80 deram origem, ao *European Alcohol Action Plan 1992-1999* (WHO Regional Office For Europe, 1992). Esse plano, com dez estratégias de abordagem aos PLA, recomendava a intensificação das políticas do álcool, que incluía um maior rigor e o reforço das políticas públicas e das legislações nacionais, ações nas áreas da promoção da saúde, cuidados de saúde primários, sistemas de apoio e mais cooperação internacional, com o objetivo de promover uma redução no consumo e consequente redução nos danos à saúde. Um dos desenvolvimentos deste plano de ação foi a *European Conference on Health Society and Alcohol* (WHO Regional Office For Europe, 1995), que aprovou por unanimidade a "Carta Europeia sobre o Álcool" (*European Charter on Alcohol* - WHO Regional Office For Europe, 1995) (Carvalho 2004).

Enquanto isso, a OMS encomendou, em 1992, um novo projeto de investigação com o objetivo de rever o desenvolvimento da literatura científica a nível mundial no que concerne às políticas do álcool a um grupo de 17 especialistas reconhecidos internacionalmente, liderados por Griffith Edwards. Usando como referência o trabalho desenvolvido no relatório de 1975, em 1994 a obra resultante deste projeto, intitulada *Alcohol Policy and the Public Good* (Edwards *et al.*, 1994) estabeleceu as bases científicas para a elaboração de políticas públicas para o álcool de uma forma mais abrangente. Esse relatório de 1994 confirma as conclusões extraídas do seu antecessor e a correlação existente entre a média do consumo e o risco de doenças relacionadas com o álcool. Todavia o relatório também confirma que as políticas anteriormente recomendadas tinham vindo a envelhecer com o tempo, devido às fortes evidências advindas da investigação científica que tinham vindo a crescer em dimensão e sofisticação. O relatório identifica a realidade complexa e multifatorial do fenómeno, revelando a insuficiência da abordagem médica ao alcoolismo e evidenciando que o consumo de álcool na comunidade afeta a toda a comunidade e não apenas à pequena

minoria de bebedores excessivos. A partir dessas evidências, os autores assinalam que o consumo de álcool deve ser abordado a partir de uma perspectiva da saúde pública, com políticas direcionadas para toda a população, como única forma de mitigar o elevado custo social do consumo de álcool (Olsson, 1995; Romano e Laranjeira, 2004; Burns, 2013).

Na revisão das evidências feita, relacionadas com a taxação do álcool, restrições a disponibilização de bebidas alcoólicas, medidas dirigidas a condução sob efeito do álcool, educação em meio escolar, programas de ação comunitária e intervenções de tratamento, os responsáveis pelo relatório concluem que (Babor *et al*, 2010):

(...) Os estudos estabelecem, sem qualquer sombra de dúvida, que medidas de saúde pública de eficácia comprovada estão disponíveis para servir o interesse público ao reduzir os custos generalizados e os danos relacionados com o consumo de álcool.

Para esse fim, é apropriado implementar respostas que influenciem, quer a quantidade total de álcool consumido pela população, quer os contextos e comportamentos de alto risco associados aos PLA. Entender estas abordagens intrinsecamente complementares como alternativas contraditórias seria um erro.

O propósito central do relatório era o "de informar e capacitar os decisores políticos que detêm a responsabilidade direta por tomadas de decisões sociais e da saúde, de informar aqueles que os aconselham, e de ajudar os investigadores que estão empenhados em estudar essas questões"³³; um objetivo ambicioso, que não se encerrava no relatório produzido (Olsson, 1995).

Desta forma, incentivou-se as investigações que procuraram avaliar os níveis e padrões de consumo de álcool na população, os danos resultantes do consumo e as relações entre as medidas de saúde pública identificadas anteriormente e os seus resultados para minimizar os problemas, contribuindo assim para a adequada formulação de recomendações sobre políticas públicas adequadas.

Diante do contexto científico e político existente do final do século XX a Região Europeia da OMS desenvolveu iniciativas técnicas e políticas concretas na área das políticas do álcool. Em 1998, a Região Europeia da OMS atualizou a informação dos países sobre a concretização do *European Alcohol Action Plan* de 1992-1999, encontrando resultados díspares sobre a variação do consumo de álcool na população, mas verificando que mais da metade dos países tinham implementado planos de ação. As estratégias mais efetivas aplicadas referiam-se a regras rigorosas sobre publicidade e marketing, aumentos de taxas, e em alguns países regulamentação sobre condução sob o efeito do álcool. As principais barreiras identificadas a implementação efetiva das estratégias propostas pareciam estar concentradas no *marketing* intensivo promovido pela Indústria do Álcool e da restauração. Em 1999 a Região Europeia da OMS aprovou o *European Alcohol Action Plan* 2000-2005 (WHO Regional Office For Europe, 1999). Neste plano, as estratégias políticas da "Carta Europeia de Álcool" são elaboradas em atividades e objetivos concretos que iam de providenciar proteção aos jovens em relação às pressões para o consumo, redução dos riscos e dos danos presentes em diversos contextos específicos, até o acesso a intervenções e tratamento efetivo para o uso nocivo e a dependência. Não existia uma política única a ser aplicada em todos os países, mas a ênfase deveria ser dada aquelas que mais se adaptavam a natureza dos PLA e ao contexto de cada país em particular (Burns, 2013). Em Fevereiro de 2001, este segundo plano de ação foi aprovado por unanimidade durante a Segunda Conferência Ministerial Europeia, juntamente com a *Declaration on Young People and Alcohol* (WHO Regional Office For Europe, 2001). Ainda em 2001, é publicado o relatório *Alcohol in the European Region: consumption, harm and policies* (WHO Regional Office For Europe, 2001) e *Alcohol and its social*

³³ Tradução livre do texto - *Alcohol Policy and the Public Good* (Edwards *et al.*, 1994); pg. 23.

consequences: the forgotten dimension (WHO Regional Office For Europe, 2001) que dão uma visão global das áreas-alvo das políticas do álcool e resumem alguns dos desenvolvimentos no campo do álcool desde a Conferência Ministerial Europeia da OMS *Health Society and Alcohol* de 1995.

Paralelamente, no âmbito da UE o primeiro caso concreto relacionado com a abordagem na área do álcool e saúde pública surgiria a partir de 1995, relativamente a questão dos "alcopops" (bebidas alcoólicas dirigidas a muito jovens consumidores). Esta situação criada pelo mercado de bebidas alcoólicas resultou em demandas por uma ação a nível europeu. A declaração do Parlamento Europeu convidou a Comissão a apresentar orientações à escala europeia para a promoção, marketing e venda a retalho de "alcopops", para reforçar o controlo regulatório da promoção, marketing e venda a retalho desses produtos, e para analisar as formas de tributação de tais bebidas a mesma taxa das bebidas destiladas. Em 1996 a Comissão criou um grupo de trabalho sobre o álcool, bem como um fórum para a partilha de experiências sobre os problemas relacionados ao álcool e as políticas do álcool. Todavia, durante o processo que decorreu nos anos seguintes, o foco nos "alcopops" e nas estratégias de regulação mudou, passando a abordar o consumo de álcool pelos jovens e crianças em geral. Mais tarde, o conceito de "alcopops" realmente desapareceu das versões preliminares, e a recomendação final do Conselho, que seria aprovada em 2001 (2001/458 / CE), promovia uma abordagem multissetorial para educar os jovens sobre álcool e aumentar a sua participação nas políticas e ações de saúde (Tigerstedt *et al.*, 2006).

Ainda entre 1998 e 2002, um estudo independente financiado pela Comissão Europeia, National Institute of Public Health (Sweden), Swedish Ministry of Health and Social Affairs, and National Research Centre for Welfare and Health, Stakes (Finland), intitulado *European Comparative Alcohol Study (ECAS)*, proporcionou uma oportunidade para a compreensão das políticas do álcool - que incluía medidas relativas não apenas ao controlo do álcool, centradas mais na oferta, mas também outras relacionadas com a procura e os contextos que afetam as relações entre estes dois polos - e seus resultados em diferentes países e culturas (Carvalho, 2004^a). A perspetiva do projeto ECAS era que:

"(...) a análise das políticas de controlo deverá incluir uma descrição sistemática dos diferentes métodos usados para prevenir os danos relacionados com o álcool, incluindo as políticas de preços e de taxas, disponibilização das bebidas, políticas de licenciamento, regulamentações de advertências, educação e informação. Além disso, a descrição das políticas de controlo do álcool devem também incluir as regulamentações e o cumprimento das práticas do consumo público, incluindo a condução automóvel sob efeito do álcool, licenciamento, custódia das pessoas embriagadas, bem como uma descrição da estrutura administrativa das políticas preventivas e do tratamento." (Norström, 2002)

Na sua primeira fase, o ECAS I, o estudo se dedicou a uma análise comparativa e longitudinal, abrangendo o período 1950-1995 e todos os Estados-Membros da UE a data de 1995 (o Luxemburgo não foi incluído por razões metodológicas, enquanto a Noruega foi adicionada ao conjunto de países de estudo para ampliar a representação da Europa do Norte). O seu objetivo refletiu-se na sua estrutura final e abordou: (i) Análise das políticas de controlo do álcool; (ii) Análise das tendências no consumo global; (iii) As análises dos padrões de consumo; (iv) As análises dos efeitos nocivos do álcool. O ECAS I foi oficialmente concluído em 2001 (Norström, 2002).

Na sua segunda fase, o ECAS II, o estudo teve como objetivos estimar a prevalência de consumo de álcool não registado através de um estudo transversal com vista a determinar as tendências de consumo não álcool nos Estados-Membros, e avaliar a confiabilidade e validade de indicadores de efeitos nocivos do álcool (Leifman *et al.*, 2002). Os resultados do ECAS permitiram identificar e caracterizar os grupos de países europeus e delinear a sua evolução durante a segunda metade do século XX em termos de consumo e políticas de controlo do álcool.

Da análise desenvolvida pelo ECAS importa destacar a caracterização dos países da Europa do Sul /Mediterrânica (Espanha, Grécia, Itália, Portugal e França) no período. Sinteticamente, na Europa do Sul, por volta de 1950, era consumidora de vinho, cujo consumo culturalmente faz parte da rotina diária, em particular às refeições, apresentava raiz latina, tradição rural, vínculo familiar forte e industrialização relativamente recente. As medidas políticas eram poucas e em geral motivadas por interesses da indústria ou do comércio, sendo as taxas muito baixas, sobretudo para o vinho, a bebida alcoólica predominante e com níveis de muito maior consumo. Na primeira metade do período estudado, o padrão elevado de consumo permaneceu estável ou começou a declinar, como o caso da França desde meados dos anos 50. Na segunda metade desse período houve uma redução do consumo de vinho e as estimativas de consumo de bebidas não registadas indicaram uma redução ligeira nos países do Sul (Carvalho, 2004).

Ainda em relação aos resultados globais obtidos conclui-se que (Room, 2002 *in* Carvalho, 2004):

(...).O álcool tem um contributo substancial para a incapacidade e a morte em cada país Europeu. A familiaridade das bebidas alcoólicas no nosso dia-a-dia não deve cegar-nos em relação ao facto de não serem uma mercadoria ordinária por estarem associadas a índices extraordinários de danos sociais e de saúde.

Em termos gerais parece haver alguma correspondência entre o grau de danos que um litro extra de álcool per capita produz numa sociedade e as duas medidas de eficácia das políticas de controlo do álcool: o âmbito e o rigor desse controlo e o nível de taxação sobre o álcool. Por outras palavras, as diferenças entre o controlo nacional e as políticas de taxação podem ser vistas como respostas sociais proporcionais ao potencial de dano de uma quantidade adicional de bebidas alcoólicas. Por outro lado, o rigor das políticas de controlo não parece corresponder bem ao conjunto de danos numa população.

O ECAS utilizou uma escala que permitiu medir o rigor da política formal do álcool em 15 países europeus e apesar da evolução favorável da avaliação feita aos países da UE, havia uma grande discrepância ainda entre alguns grupos de países, onde as políticas do álcool encontravam maior resistência em serem implementadas em determinados países. Portugal, encontrava-se entre os países que permaneceu, ao longo de todo o período estudado, classificado abaixo da média dos países estudados da EU 15 e bastante atrasado na evolução das políticas do álcool. (Norström, 2002; Leifman *et al.*, 2002).

NOTAS SOBRE AS POLÍTICAS DO ÁLCOOL EM PORTUGAL:

Em Portugal, a elaboração do primeiro plano de ação contra ao alcoolismo (PACA) iniciado em 1999 e aprovado em 2000 (Portugal, Resolução do Conselho de Ministros nº 166/2000 de 29 de Novembro), tendo como referências o European Alcohol Action Plan para 1992-1999 e para 2000-2005, proporcionou a revisão de alguma legislação até 2002, em áreas como a publicidade, a condução automóvel e o consumo por menores, mas no decorrer dos anos que se seguiram as outras medidas previstas foram progressivamente relegadas pelo governo e mesmo a legislação que foi aprovada sofreu um contínuo desrespeito (Carvalho, 2003, 2004).

Em 2004, o PNS 2004-2010 referiu o álcool como uma prioridade, mas também, na sua sequência, não foram desenvolvidas nenhuma medidas nesta área.

A criação de um novo plano que pudesse reativar as políticas públicas nesta área só iria ocorrer de novo a partir de 2008, aquando de mudanças na estrutura dos serviços responsáveis pelos PLA.

3. O SÉCULO XXI E O AMADURECIMENTO DAS POLÍTICAS DO ÁLCOOL

No início de século XXI, novas investigações epidemiológicas sobre o peso da doença implicaram o álcool como um dos principais fatores de risco de morte e incapacidade em termos globais e em especial em muitas regiões mundiais, após algumas meta-análises o associarem a cerca de 60 diferentes patologias (Gutjahr, Gmel & Rehm, 2001; Rehm, 2001, 2003, 2003a, 2004; WHO, 2002).

Todavia, a maior parte dessas evidências científicas encontrava-se restrita às publicações académicas e científicas. Apesar de ter havido um progresso considerável no conhecimento da relação entre álcool e saúde, proporcionando uma base científica para a elaboração de políticas públicas, as recomendações não se refletiam adequadamente nas tomadas de decisões políticas e a maior parte das iniciativas neste sentido não evoluíram satisfatoriamente. Em termos internacionais, e com a influência da globalização, os tratados de comércio raramente consideravam os assuntos de saúde pública, incluindo o álcool. Em termos nacionais e mesmo supranacionais a influência de uma conjugação de fatores sociais, económicos e comerciais se sobrepunham aos interesses legítimos da Saúde Pública na maioria dos países. Várias análises constataram essas resistências no desenvolvimento de políticas, tanto europeias como portuguesas.

O Conselho da UE, após a questão dos "*alcopops*" em 1995 e na sequência desse processo, desenvolveu as primeiras propostas de uma ação consistente e planeada que visava a implementação de políticas do álcool em 2001, apesar das resistências encontradas e adiamentos (EPRS, 2014)³⁴.

Na ausência de ações concretas desenvolvidas, em 2004 o Conselho da EU voltou a apresentar outra iniciativa³⁵.

Esta última recomendação do Conselho foi avaliada e desenvolvida pela Comissão Europeia. A estratégia levaria vários anos a ser criada, em primeiro lugar, porque havia muita resistência por parte da indústria de bebidas alcoólicas e em segundo lugar porque a Comissão Europeia encomendaria vários estudos preparativos para avaliar a natureza e a extensão do consumo de álcool e PLA na Europa (STAP, 2014). Os resultados destes esforços só viriam a ser sintetizados a partir de 2006 com a apresentação do relatório "Álcool na Europa: uma perspetiva de saúde pública" (Anderson e Baumberg, 2006).

A Comissão Europeia no decorrer do processo gerado pelas primeiras recomendações de 2001 viria a apoiar diversos projetos no âmbito do 1º programa de ação comunitária no domínio da saúde 2003-2008 (PARLAMENTO EUROPEU E O CONSELHO DA UNIÃO EUROPEIA, 2002). Este foi um período em que, com essa iniciativa comunitária, realizaram-se uma maior quantidade de projetos na área do álcool, na busca de mais evidências científicas no contexto europeu e na tentativa de desenvolver redes europeias para influenciar as políticas públicas e implementar medidas (ver Anexo 6).

³⁴ Propostas de ação do Conselho Europeu em 2001:

- Recomendação do Conselho (2001/458 / CE) de 5 de Junho de 2001, sobre o consumo de álcool pelos jovens, em especial as crianças e adolescentes / Jornal Oficial das Comunidades Europeias L 161 de 2001/06/16 - Esta recomendação convidou a Comissão a acompanhar, avaliar e acompanhar a evolução e as medidas tomadas, e que apresente um relatório sobre a necessidade de novas medidas (EUROPEAN COUNCIL, 2001).
- Conclusões do Conselho de 5 de Junho de 2001 sobre uma estratégia comunitária para reduzir os malefícios ligados ao álcool / Jornal Oficial das Comunidades Europeias C 175 de 20.06.2001 - Nessas conclusões, o Conselho apela para o desenvolvimento de uma estratégia comunitária global para reduzir os efeitos nocivos do álcool (EUROPEAN COUNCIL, 2001^a).

³⁵ Propostas de ação do Conselho Europeu em 2004:

- Conclusões do Conselho de 2 de Junho de 2004 sobre álcool e os jovens - Nessas conclusões, o Conselho reitera aquelas de 5 de Junho de 2001, relativa a uma estratégia comunitária para reduzir os malefícios do álcool e convida a Comissão a apresentar propostas nesse sentido (EUROPEAN COUNCIL, 2004).

Em 2003, uma mais consistentes iniciativas internacionais para catalogar, congregar, comparar e fazer chegar as evidências científicas das políticas do álcool aos decisores políticos, seus informadores técnicos, bem como aos demais investigadores foi desenvolvida, apoiada e de acordo com a tradição estabelecida entre a OMS e investigadores independentes internacionais. Assim, após um árduo trabalho de investigação e análise feito por um grupo de 15 renomados especialistas (liderados por Thomas Babor), foi elaborado o livro *“Alcohol: no ordinary commodity. Research and public policy”*. Este livro apresenta um relatório científico fruto de uma análise objetiva: demonstra a razões pelas quais o álcool não pode ser tratado como uma mercadoria comum, analisa indicadores de consumo e dados epidemiológicos do álcool enquanto um dos principais fatores que contribuem para a carga global de doença, descreve o conceito de política do álcool e a sua necessidade, quais são as intervenções efetivas e como a evidência científica pode suportar a elaboração de políticas. O livro reunia de forma exaustiva, um conjunto de trinta e duas medidas de políticas públicas, inseridas em sete categorias³⁶, que foram avaliadas de acordo com a sua efetividade, custos e as boas práticas internacionais (Babor *et al.*, 2003, 2003^a).

De uma maneira geral, as evidências de efetividade encontradas eram grandes em relação à regulamentação da disponibilidade do álcool e do uso de taxas sobre o álcool, bem como em relação às medidas contra a condução sob o efeito do álcool. Pelo contrário, o impacto esperado das medidas de educação em meio escolar e das mensagens de serviço público sobre o consumo de álcool era baixo e a relação custo-efetividade e custo-benefício dos programas educacionais foi considerada insatisfatória. As estratégias de intervenções precoces e o tratamento apresentavam uma efetividade mediana, já que o seu impacto populacional era limitado, por beneficiar apenas uma fração pequena da população assistida. Todavia esses serviços de saúde são essenciais e a sua prestação é uma obrigação. Assim, as 10 opções políticas consideradas como as melhores práticas eram (Babor *et al.*, 2003, 2003^a): Taxas que aumentam os preços das bebidas (1); Diversos tipos de restrições à disponibilidade física do álcool (4): Idade mínima legal para a compra de álcool, Monopólio estatal da venda a retalho, Restrições de horários e dias de venda, Restrição à densidade de pontos de venda; Diversas medidas preventivas e punitivas contra a condução sob o efeito do álcool (4): Postos de controlo para verificação da sobriedade, Redução do limite legal da concentração de álcool no sangue para a condução, Suspensão administrativa da licença de condução, Licença de condução provisórias/progressivas para condutores principiantes; Intervenções breves para os consumidores de risco (1).

As razões e oportunidade da publicação se prenderam, segundo os autores, ao fato dos governos estarem a elaborar cada vez mais políticas de saúde na área, aos novos dados epidemiológicos que revelavam mudanças na forma como o álcool afeta a saúde e o bem-estar social da população em diferentes regiões do mundo e finalmente devido às evidências científicas sólidas que permitem fundamentar tais políticas, reduzindo as resistências e os investimentos inefetivos. Além disso, o livro oferecia uma perspetiva mais alargada da abordagem ao assunto, incluindo aspetos económicos e comerciais do consumo de álcool (Romano e Laranjeira, 2004). Esta publicação mudou a face da abordagem aos PLA e da forma como se tratava das tomadas de decisões em relação as políticas do álcool, servindo de base para o desenvolvimento de relatórios que se seguiriam da própria OMS e da UE. Este trabalho também se desenvolveu no decorrer dos anos que se seguiram, culminando em uma segunda edição alargada e revista que seria publicada em 2010.

³⁶ 1. Preços e taxas; 2. Regulação do acesso físico ao álcool; 3. Alteração de contextos de consumo de álcool; 4. Medidas contra a condução sob o efeito do álcool; 5. Regulação do *marketing* e da promoção do álcool; 6. Educação e persuasão; 7. Intervenção precoce e tratamento.

Em 2006, a Região Europeia da OMS propôs e aprovou na 5ª Sessão do Escritório Regional para a Europa da OMS, em Setembro de 2005, em Bucareste, a criação de um Quadro Europeu para a Política Álcool na Região Europeia da OMS (*Framework for alcohol policy in the WHO European Region*) (WHO Europe, 2006), a semelhança do que foi feito em relação ao tabaco. Este quadro tinha como objetivo incentivar e facilitar o desenvolvimento e implementação de políticas globais, regionais, nacionais e comunitárias e ações para prevenir ou reduzir os danos provocados pelo álcool. Foi um novo marco nos esforços para combater os efeitos nocivos do álcool na região europeia, sucedendo o *European Alcohol Action Plan 2000-2005* (WHO Europe, 1999). Este documento apresentava opções de orientação e de estratégia política, prevendo a colaboração em toda a região, com compromissos mais claros e uma proposta de calendário para a ação internacional, mantendo e reforçando ainda as ações preconizadas de um plano. Todavia, devido a uma falta de capacidade e mobilização da Região Europeia da OMS, esta *Framework* nunca foi desenvolvida.

Em 2006, uma significativa iniciativa para a formulação das políticas do álcool a nível da UE começou a se delinear, fruto da apresentação à Comissão Europeia e da divulgação pública do relatório de investigação "Álcool na Europa: uma perspetiva de saúde pública" (Anderson e Baumberg, 2006), que vê as políticas do álcool como "servindo os interesses da saúde pública e bem-estar social através do seu impacto nos determinantes de saúde e sociais". O relatório levou em consideração: (i) uma avaliação dos dados dos países sobre os PLA e as políticas do álcool - é feita uma síntese especializada de revisões publicadas, revisões sistemáticas, meta-análises e artigos individuais, bem como a análise de dados disponibilizados pela Comissão Europeia e pela Organização Mundial de Saúde; (ii) audições aos diversos grupos de atores sociais envolvidos, nomeadamente os operadores da indústria de bebidas alcoólicas, as ONGs e os representantes dos Governos; (iii) duas avaliações de impacto: um sobre aspetos de saúde e uma sobre os aspetos económicos. As principais conclusões do relatório versam sobre o álcool no âmbito: da economia da Europa, dos seus custos sociais, do seu consumo, dos seus custos da saúde, das políticas governamentais e da política europeia.

É de realçar também o resultado da consulta aos atores sociais e governos desenvolvida nesta altura. Os resultados apontaram para que os representantes do ramo de bebidas alcoólicas têm diferentes pontos de vista sobre as políticas do álcool quando comparados com representantes dos governos e das organizações não-governamentais (mais similares entre si). Basicamente, os primeiros vêm as medidas de regulação (tais como medidas fiscais e de preços, e as restrições sobre a disponibilidade e publicidade de bebidas alcoólicas) como de baixo impacto e importância política e são mais favoráveis a medidas educativas, apesar de terem visões mais positivas e semelhantes aos demais no que refere ao impacto e à importância da implementação de medidas e de intervenções para o consumo perigoso e nocivo de álcool (Anderson & Baumberg, 2006). Assim, os governos e as instâncias supranacionais (como a UE) pareciam estar envolvidos e pressionados por, pelo menos, dois tipos de pontos de vista diferentes sobre o que deveria ser feito, além de dois tipos de interesses díspares: os interesses económicos e comerciais do ramo das bebidas alcoólicas e os interesses da Saúde Pública e da proteção dos consumidores (Cunha Filho, 2009; Anderson & Baumberg, 2006).

Ao fim de cerca de cinco anos desde a primeira missiva do Conselho Europeu, em 2006 a iniciativa de se desenvolver uma política comum europeia para os PLA veio a se concretizar na aprovação pela Comissão Europeia da "Estratégia comunitária para apoiar os Estados-Membros na redução dos efeitos nocivos do álcool" (EUROPEAN COMMISSION, 2006) para o período de 2006-2012 (*An EU strategy to support Member States in reducing alcohol related harm*. European Commission, COM(2006) 625 final). O Conselho congratulou-se com a estratégia, mas sublinhou que os efeitos nocivos do álcool devem ser abordados de uma forma coerente em áreas relevantes como investigação, proteção do consumidor, transportes, publicidade, *marketing*, patrocínio,

impostos especiais sobre o consumo e outros assuntos do mercado interno. Outras instituições europeias, como o Parlamento Europeu, o Comité Económico e Social Europeu e o Comité das Regiões, também responderam positivamente, mas com algumas observações críticas (STAP, 2014). A estratégia apresentada não propunha o desenvolvimento de uma legislação harmonizada ou uma regulação mais incisiva do mercado ou dos contextos de consumo, seguindo as evidências e recomendações de efetividade emitidas no relatório apresentado a Comissão. Também não pretendia substituir de alguma forma as políticas nacionais já existentes e a desenvolver, uma vez que se reconhecia a existência dessas políticas e de culturas diferentes no que respeita ao consumo de bebidas alcoólicas nos vários Estados-Membros da UE.

Tal ocorreu principalmente devido ao fato da base jurídica para as ações de Saúde Pública - artigo 152º (ex-artigo 129º) - não dar à UE o poder de harmonizar leis e regulamentos de Saúde Pública nos Estados-Membros, pelo que as políticas de controlo e regulação não podem ser eficazmente consideradas dentro do quadro legislativo da EU. Assim, a maioria das atividades deste tipo, a nível comunitário, acabam por pertencer ao domínio da *soft law*. As medidas de inspiração de Saúde Pública e a sua integração numa variedade de áreas políticas, abrangendo tanto a regulação do tipo *soft law* como *hard law*, eram certamente a opção desejada na prevenção dos efeitos nocivos do álcool, porque implementariam verdadeiramente as políticas do álcool em todas as políticas. Mas, diante das limitações existentes a nível da UE, este se tornou um dos principais desafios para uma estratégia do álcool europeia (Tigerstedt *et al.*, 2006). Acresce a isso, o facto de que na UE o álcool ser visto principalmente como uma mercadoria e, conseqüentemente, como um assunto económico, pelo que o futuro impacto de tratados de comércio internacional sobre políticas do álcool nacionais era incerto (Kunders, 2008).

Além da atuação limitada da UE já referida, as áreas de ação definidas na estratégia³⁷ foram claramente identificadas como sendo as consensuais entre os atores sociais (nomeadamente considerando as posições da Indústria do Álcool) na construção da estratégia. Mesmo assim, a estratégia foi recebida com muita resistência pelos atores sociais da Indústria do Álcool, que geralmente se opõem às políticas restritivas e que regulam o mercado. De qualquer forma, ao procurar ser o mais consensual possível, o resultado final prático da estratégia foi de ignorar, por vezes, evidências científicas sobre medidas apresentadas nos relatórios como muito efetivas e de baixos custos de implementação para os governos. A estratégia optou por não considerar como prioritárias, por exemplo, medidas fiscais e de preços e restrições mais severas sobre a disponibilidade e publicidade de bebidas alcoólicas. Diante dessas lacunas nas políticas propostas, várias ONGs questionaram se as outras medidas relacionadas com educação e prevenção teriam alguma eficácia isoladamente, especialmente as provenientes dos operadores económicos (Gordon e Anderson, 2011; Cunha Filho, 2009; STAP, 2014).

Diante deste quadro, um dos resultados mais concretos da Estratégia da UE foi a oportunidade de criação de estruturas que reuniam os diversos atores sociais e países. Assim, foi criado o *European Alcohol and Health Forum* - "Fórum Europeu Álcool e Saúde" - em 7 de Junho de 2007, reunindo os operadores económicos e ONG e constituindo uma plataforma comum para a ação. Os Estados-Membros da UE, as instituições europeias, a OMS e a Organização Internacional do Vinho participavam como observadores no Fórum (posteriormente alargado a um Grupo de Ciência e dois grupos de trabalho). O principal objetivo do Fórum era promover o desenvolvimento de ações concretas de proteção das crianças e jovens e prevenir a comercialização irresponsável de bebidas alcoólicas em conformidade com a estratégia, contribuindo para a

³⁷ 1. Proteger jovens, crianças e crianças por nascer; 2. Reduzir lesões e morte por acidentes de viação relacionados com o álcool; 3. Prevenir os efeitos nocivos do álcool nos adultos e reduzir o impacto negativo sobre o ambiente de trabalho; 4. Informar, educar e sensibilizar para o impacto do consumo nocivo e perigoso de álcool, e em padrões de consumo adequados; 5. Desenvolver, apoiar e manter uma base de dados comum.

implementação da estratégia em conjunto com *Committee on National Alcohol Policy and Action* (CNAPA) – “Comité sobre Políticas do Álcool Nacionais e Ação”. Por sua vez, o CNAPA, no qual estão representados todos os Estados-Membros da UE, tinha por objetivo coordenar as políticas desenvolvidas para reduzir os efeitos nocivos do álcool a nível nacional e local, com base nas boas práticas identificadas na Estratégia da UE. Foi ainda criado um organismo de apoio intitulado *Committee on Data Collection, Indicators and Definitions* – “Comité sobre Dados, Indicadores e Definições” - que se orienta pelos vários documentos políticos produzidos e desenvolve os principais indicadores para monitorizar o desempenho da estratégia (STAP, 2014).

Como consequência natural da estratégia política adotada, a Comissão Europeia iria ajustar nos anos seguintes o financiamento e as orientações do 2º programa de ação comunitária no domínio da saúde 2008-2013 (PARLAMENTO EUROPEU E O CONSELHO DA UNIÃO EUROPEIA, 2007) à prioridade dos problemas ligados ao álcool no âmbito da “prevenção das dependências”. As medidas passíveis de apoio refletiam, da mesma forma que a estratégia, áreas de ação polémicas no que respeita a sua capacidade isoladamente de alcançar efetividade.

De qualquer forma, foi um período em que se generalizou e aprofundou os projetos na área do álcool, aumentando o conhecimento sobre as evidências científicas e as boas práticas europeias. Ocorreram diversas iniciativas no âmbito do 2º programa de ação comunitária no domínio da saúde 2008-2013 (PARLAMENTO EUROPEU E O CONSELHO DA UNIÃO EUROPEIA, 2007), mas também algumas iniciativas importantes no âmbito do 7º Programa-Quadro de financiamento a Investigação e Desenvolvimento Tecnológico Europeia 2007-2013 (PARLAMENTO EUROPEU E O CONSELHO DA UNIÃO EUROPEIA, 2006) (ver Anexo 6).

NOTAS SOBRE AS POLÍTICAS DO ÁLCOOL EM PORTUGAL:

(...). Foi principalmente com base na estratégia e na estrutura de trabalho da EU strategy to support Member States in reducing alcohol related harm que Portugal elaboraria, em 2008, o que viria a ser o Plano Nacional para a Redução dos PLA.

Tendo um difícil arranque devido a reestruturação das estruturas responsáveis pelas políticas do álcool e a sucessivos adiamentos da decisão governamental, o plano previsto inicialmente para o período de 2009-2012 só seria aprovado em 2010 e vigoraria na mesma até 2012.

Em 2007, foi publicado um relatório da responsabilidade da OMS com as recomendações emanadas de um segundo encontro histórico do "Comité de Peritos na OMS em Problemas Relacionados ao Consumo de Álcool" (o primeiro remontava a 1979), ocorrido em Genebra, de 10 a 13 Outubro de 2006 (WHO, 2007). As evidências científicas apresentadas e as medidas políticas preconizadas seguiam o mesmo sentido das evidências até agora apresentadas, nomeadamente a partir do trabalho de Babor e colaboradores (2003), apresentando uma série de evidências científicas sobre os danos atribuíveis ao consumo de álcool e sobre um conjunto de estratégias e intervenções efetivas para reduzir os PLA, que foram agregadas em oito categorias³⁸.

O relatório abordava também as implicações para uma ação internacional no campo do controlo do álcool, incluindo o papel da OMS. No final do relatório, o Comité formulou 10

³⁸ 1. Redução da disponibilidade de álcool; 2. Preço do álcool e taxas; 3. Restrições a venda de álcool; 4. Regulação do contexto de consumo (implementadas de forma credível e com recursos apropriados); 5. Restrições e controlo ao marketing de álcool; 6. Regulamentação para a condução sob o efeito do álcool; 7. Educação e persuasão (combinando p. ex. programas escolares com intervenções comunitárias ou campanhas de media com outras políticas de controlo e regulação); 8. Implementação de intervenções precoces e de serviços de tratamento.

recomendações bastante objetivas e que cobriam diversas áreas, fornecendo orientações precisas sobre cada uma.

Algumas recomendações referiam-se a ações próprias da OMS: (i) Continuar a desempenhar um papel de liderança na coordenação de uma resposta global à natureza global dos PLA; (ii) Proceder ao desenvolvimento de um plano de ação global para reduzir os efeitos nocivos do consumo de álcool; (iii) Assistir os países na implementação, avaliação e acompanhamento das políticas do álcool, de acordo com as suas necessidades, cultura e *status* socioeconômico (em particular, nos países de baixo e médio rendimento, com ações concretas); (iv) Articular com agências intergovernamentais (como UNPD, World Bank, a ILO e WTO, e agências intergovernamentais a nível regional, para procurar incluir as políticas do álcool nas agendas sociais e de desenvolvimento relevantes; (v) Explorar o estabelecimento de mecanismos a nível global para regular de forma efetiva o marketing de bebidas alcoólicas; (vi) Organizar e desenvolver um sistema de informação global do álcool (baseado no *WHO Global Alcohol Database*) para a monitorização e a vigilância dos progressos na redução dos seus efeitos nocivos; (vii) Integrar as políticas, leis e regulamentos, bem como dados sobre a efetividade de políticas e programas no sistema de informação para ajudar a identificar as melhores práticas e apoiar a definição de programas efetivos; (viii) Continuar a avaliação dos riscos atribuíveis ao consumo álcool e as estimativas da sua contribuição para a carga global da doença.

Outras recomendações referiam-se ao papel da OMS de apoio aos governos: (i) Regular a disponibilidade de álcool, implementar políticas apropriadas e reforçadas em relação a condução sob efeito do álcool assente em baixos limites legais, reduzir a demanda de álcool através de mecanismos de tributação e de preços (medidas mais efetivas) e aumentar a conscientização e apoio às políticas efetivas. (A este respeito, salientavam que muitas medidas de educação e persuasão comumente utilizadas mostram pouca evidência de efetividade, não devendo ser implementadas isoladamente); (ii) Aumentar os investimentos na implementação generalizada de identificação precoce e programas de intervenção breve para o uso de risco e nocivo de álcool nos cuidados de saúde primários (medida efetiva) e em uma ampla variedade de outros contextos, incluindo de assistência social e de emergência, locais de trabalho e instituições de ensino, bem como expandir essa capacidade de implementação dos programas, através da formação de profissionais na área da saúde, do serviço social e da justiça criminal; (iii) Garantir que todas as pessoas que necessitem de tratamento tenham acesso a ele e a serviços comunitários, dando maior atenção às políticas para a organização, integração e prestação de serviços de tratamento a nível local e nacional; (iv) Regular e monitorizar de forma mais efetiva o *marketing* de bebidas alcoólicas, incluindo limitar ou proibir a publicidade e o patrocínio de eventos culturais e desportivos, em particular aqueles que têm um impacto sobre as pessoas mais jovens.

Por fim, algumas recomendações feitas a OMS se referiam a sua relação com outros atores sociais: (i) Reforçar os processos de consulta e colaboração com organizações não-governamentais, que possuem interesse na saúde pública e são livres de potenciais conflitos de interesses; (ii) Continuar a sua prática de não-colaboração com os diversos setores da Indústria do Alcool, limitando-se à discussão da contribuição a Indústria do Alcool pode fazer para a redução dos efeitos nocivos do álcool apenas no contexto de seus papéis como produtores, distribuidores e comerciantes de álcool, e não em termos de desenvolvimento de políticas de álcool ou de promoção da saúde; (iii) Desenvolver mecanismos para proteger o interesse da saúde pública sobre o álcool nas decisões comerciais, industriais e agrícolas, estimulando um diálogo sobre os aspetos internacionais do mercado de álcool, procurando oportunidades para ter uma presença ativa e contínua nas negociações, e desenvolvendo orientação para os governos poderem monitorizar e reduzir os riscos para a política do álcool que os processos de

liberalização do comércio podem trazer. Este relatório orientaria a OMS na sua intenção de desenvolver uma estratégia mundial alargada em relação aos PLA.

Efetivamente, em 2008, a OMS começou a desenvolver uma intervenção abrangente de influência política na área do álcool, dando início à elaboração de uma estratégia global de redução do uso nocivo de álcool (*Strategies to reduce harmful use of alcohol*) a partir da Resolução WHA 61.4 (61^a *World Health Assembly*) (WHA, 2008^a). Através desta resolução e com base em documento preparado pelo secretariado (WHA, 2008) para a 61^a Assembleia, a OMS se propunha abordar nove áreas a serem consideradas numa estratégia global relacionada com o uso nocivo de álcool.

Já em 2009, a Região Europeia da OMS (a semelhança de outras regiões da OMS) desenvolvia uma reunião com os Estados-membros da região para assegurar a consulta técnica efetiva e a colaboração dos Estados-Membros no desenvolvimento de um projeto de estratégia global para reduzir o uso nocivo do álcool, como proposto na Resolução WHA 61.4. Os objetivos específicos envolviam a discussão dos desafios propostos na estratégia global e diversas políticas públicas no contexto regional, o papel das diferentes partes interessadas, a complementaridade da estratégia com as políticas de saúde pública na região e nos Estados-Membros, o desenvolvimento de sistemas nacionais e regionais de monitorização e a partilha de experiências sobre evidências de efetividade das políticas, boas práticas e processos nacionais em curso (WHO Regional Office for Europe, 2009^b).

No mesmo ano a Região Europeia da OMS publicava um relatório técnico importante para o desenvolvimento de estratégias e intervenções das políticas do álcool. O Relatório "Evidências de efetividade e custo-efetividade das intervenções para reduzir os danos ligados do álcool" - *Evidence for the effectiveness and cost – effectiveness of interventions to reduce alcohol-related harm* (WHO Regional Office for Europe, 2009) atualizou a base de evidências científicas em políticas do álcool, que era considerada no documento com notável pela sua extensão e robustez, sendo em grande parte construída sobre revisões sistemáticas, revisões sistemáticas de revisões sistemáticas e meta-análises. Ressalta também que a base de evidências existente tem-se expandido e confirmando as conclusões anteriores, mas não alterado as suas conclusões fundamentais.

Dentre das políticas públicas do álcool abordadas como possuidoras de evidências científicas irrefutáveis a questão do preço era uma das principais, já que se o preço do álcool sobe, os danos do álcool reduzem. A fácil disponibilidade também, já que quanto mais álcool é comercializado, maior o risco de danos. Nas políticas sobre álcool e condução, a redução do limite legal de alcoolemia para os condutores salvava vidas de forma efetiva. A evidência era igualmente clara para as intervenções e aconselhamento breve para o consumo de risco e nocivo e para o tratamento. As evidências demonstravam também que os locais de consumo de álcool precisavam ser proibidos de vender bebidas alcoólicas a menores de idade e pessoas embriagadas, e que a ação da comunidade e de programas no local de trabalho eram potencialmente eficazes, embora fosse necessária mais investigação sobre eles. Por outro lado, havia evidências incontestáveis de que a educação em meio escolar não levava a mudanças no comportamento por si só. Todavia, isso não significava, segundo as evidências encontradas, que esses esforços educacionais deveriam ser abandonados, mas sim que eles deveriam ser reformulados para constituir um apoio e uma parte integrante de políticas do álcool mais abrangentes dirigidas aos jovens. Essas evidências vêm se juntar as outras relatadas que se acumulam nesta década, mas também vêm confirmar a necessidade de uma ação política objetiva e orientada.

Na sua sequência, a Região Europeia da OMS desenvolveu também um "Manual de ação para reduzir os danos ligados do álcool" - *Handbook for action to reduce alcohol-related harm* - (WHO Regional Office for Europe, 2009^a) que sumariza as políticas

públicas do álcool efetivas e enquadra a informação sobre as estratégias e intervenções com o intuito de fornecer um instrumento prático para a implementação das políticas do álcool dirigido aos governos e diversos ministérios responsáveis, entre outros atores sociais.

Em Maio de 2010, a proposta final da Resolução WHA61.4 (61ª *World Health Assembly*) (WHA, 2008^a) para uma Estratégia Global para Reduzir o Uso Nocivo do Álcool da OMS (*WHO Global Strategy to Reduce the Harmful Use of Alcohol*) foi apresentada na 63ª *World Health Assembly* e os 193 Estados-Membros da OMS chegaram a um consenso histórico sobre a sua adoção, através da aprovação da resolução WHA63.13 (WHA, 2010). A Estratégia Global não ganhou a força legal de uma convenção-quadro, mas representou o compromisso dos Estados-Membros da OMS para com uma ação continuada a todos os níveis. As recomendações feitas eram baseadas nas recentes evidências científicas disponíveis sobre efetividade, custo-efetividade, experiências e boas práticas. As medidas seriam aplicadas pelos Estados-Membros em função dos contextos nacionais, religiosos e culturais, das prioridades nacionais de saúde pública e dos recursos disponíveis, e em conformidade com os princípios constitucionais e as obrigações legais internacionais. As medidas políticas a nível nacional seriam apoiadas e complementadas por esforços globais e regionais para reduzir o uso nocivo do álcool.

Em setembro de 2011, os 53 membros da Região Europeia da OMS aprovaram o "Plano de Ação Europeu para Reduzir o Uso Nocivo do Álcool 2012-2020" (WHO, 2012) durante a reunião anual do Escritório Regional para a Europa da OMS, em Baku, Azerbaijão. Além do plano ter sido construído com base na experiência dos últimos planos europeus anteriores para o álcool e relatórios que discutem as evidências científicas e efetividade das políticas, as 10 principais áreas de ação do novo plano estavam perfeitamente alinhadas com as da Estratégia Global da OMS de 2010 mencionadas acima, reforçando essa estratégia no âmbito regional. O plano de ação também estava intimamente relacionado com a política de saúde europeia "Saúde 2020", onde as doenças não-transmissíveis e os fatores de risco por trás delas são para a OMS uma prioridade no período de 2012-2020.

Em 2010, foi reeditado o livro *Alcohol: no ordinary commodity: Research and public policy*, no âmbito do projeto de referência na investigação internacional na área das políticas do álcool da década de 2000, fruto da continuidade do trabalho conjunto com a OMS e também da evolução da investigação sobre as evidências científicas mais atuais e as boas práticas desenvolvidas por diversos países (Babor *et al.*, 2010, 2010^a).

A primeira parte do livro continuava a descrever porque o álcool não é uma mercadoria comum, analisando os dados epidemiológicos mais atuais sobre o álcool como um dos principais fatores que contribuem para a carga global de doença a nível global. Documenta também como a produção internacional de cerveja e de bebidas espirituosas foi consolidada nos últimos anos por um pequeno número de empresas globalizadas que controlam o mercado mundial. Na sua segunda parte, a evidência científica sobre as estratégias e intervenções que compõem as políticas do álcool é ampliada e revisada criticamente, estando descrita em sete categorias de referência³⁹.

Essas sete categorias contêm agora mais medidas, passando das originais 32 publicadas em 2003 para 42 medidas específicas na edição de 2010, fornecendo agora avaliações mais detalhadas, a partir de uma perspetiva de Saúde Pública, sobre as estratégias e intervenções e questões da sua efetividade, implementação e condições em que ocorrem (Babor *et al.*, 2003, 2010). As 20 opções políticas consideradas como as melhores práticas eram: Taxas que aumentam os preços das bebidas (1); Diversos tipos de

³⁹ 1. Preços e taxas, 2. Regulação da disponibilidade física do álcool, 3. Modificação do contexto de consumo (incluindo licenciamento de locais de consumo e outros), 4. Medidas contra a condução sob o efeito do álcool; 5. Restrições ao marketing, 6. Educação e persuasão, 7. Intervenção precoce e tratamento.

restrições à disponibilidade física do álcool (7); Fiscalização reforçada das leis e requisitos legais nos pontos de venda (1); Diversas medidas preventivas e punitivas para a condução sob o efeito do álcool (6); Restrições legais a exposição a publicidade e *marketing* (1); Intervenções breves para os consumidores de risco; desintoxicação, tratamento e participação em grupos de mútua-ajuda para os dependentes de álcool (4).

Em 2012, Região Europeia da OMS publicou o relatório "O álcool na União Europeia: consumo, efeitos nocivos e abordagens políticas" (Anderson, Møller e Galea, 2012) fruto de uma investigação realizada no âmbito de um projeto da Comissão Europeia e do Escritório Regional para a Europa da OMS, que inclui dados da UE, Noruega e Suíça.

O relatório dá uma visão geral das últimas investigações sobre os danos causados pelo consumo de álcool, nomeadamente o impacto do álcool na saúde e o seu peso para a sociedade, seguida de uma análise pormenorizada das políticas do álcool mais efetivas, onde atualiza a base de evidências de cada uma e fornece informações úteis para orientar a ação futura. Ainda é discutida no relatório uma visão geral de efetividade e custo-efetividade das medidas e a necessidade, recursos e limitações de uma base de dados comum de dados sobre o álcool e de uma monitorização das políticas relacionadas. Um capítulo interessante do relatório para o contexto de elaboração de novas políticas é aquele que se dedica ao estado da UE em matéria de políticas de saúde pública sobre o álcool de 2011, onde analisa o desenvolvimento das políticas europeias, utilizando informações recolhidas em 2011 para atualizar os indicadores-chave sobre o consumo de álcool, os resultados de saúde e medidas para reduzir os danos em toda a UE.

Ainda em 2012, procedeu-se a avaliação final da estratégia europeia para 2006-2012 (*EU strategy to support Member States in reducing alcohol-related harm*), com vista a dar seguimento ao assunto e recolher substrato para elaborar uma nova estratégia. Numa avaliação intercalar em 2009, as conclusões do Conselho de 01 de dezembro de 2009 sobre álcool e saúde (Council of the European Union, 2009) já haviam recordado o compromisso dos Estados-Membros e da Comissão neste âmbito e convidado estes a aumentar os seus esforços para reduzir os efeitos nocivos do álcool, encorajando o envolvimento dos diversos atores sociais na área das bebidas alcoólicas a trabalhar de forma pró-ativa na aplicação de medidas regulamentares para que as bebidas alcoólicas sejam produzidas, distribuídas e comercializadas de forma responsável. A proteção da gestação, das crianças, dos adolescentes e jovens era uma das principais preocupações dessas conclusões nesta altura.

Em 2013, a Comissão Europeia apresentou o relatório final de avaliação sobre o valor acrescentado da estratégia da UE forneceu informações sobre os resultados e os desafios enfrentados, com base nos resultados de inquéritos e entrevistas a uma ampla gama de atores sociais (DG Health and Consumers, 2012). O relatório descreve os dados e fatos que a maioria dos Estados-Membros atualizou e reforçou nas suas estratégias ao longo dos seis anos passados, seguindo as direções definidas pela estratégia europeia, mas apontando também pontos cruciais para melhorias.

Apesar do trabalho desenvolvido, da avaliação feita e da Comissão Europeia ter considerado a estratégia como um enquadramento válido, a Comissão anunciou que Isso não resultaria imediatamente em uma nova estratégia, em parte por se estar a aguardar as eleições europeias. A Comissão começara em 2011 um processo de reflexão para dar continuidade a política do álcool na UE com o *Committee on National Alcohol Policy and Action* (CNAPA) de forma a determinar futuras prioridades estratégicas. Em decorrência desse processo e do contexto pré-eleitoral citado, em outubro de 2013, a Comissão propôs ao CNAPA um plano de ação como um meio de fortalecer o trabalho em algumas áreas específicas do consumo de álcool por jovens e consumo excessivo de álcool, o que levou ao desenvolvido pelo CNAPA (através de consultas escritas, conferências telefônicas e reunião de um grupo de trabalho *ad-hoc*) de um plano de ação

para um período de dois anos. Em setembro 2014, um documento informal, intitulado "Plano de Ação para o Consumo nos Jovens e o Consumo Pesado Episódico (*Binge drinking*)" - *Action Plan on Youth Drinking and on Heavy Episodic (Binge Drinking)* - para o período de 2014-2016 foi aprovado pelo CNAPA (Committee on National Alcohol Policy and Action, 2014). Existiam objetivos políticos para consumo de álcool por parte dos jovens (crianças e adolescentes com idade inferior ao limite de idade legal para a compra de álcool) que incluíam: (i) Atrasar a idade do primeiro uso de álcool; (ii) Reduzir e minimizar as quantidades de álcool consumidas entre os adolescentes que já podem consumir álcool; (iii) Reduzir os danos sofridos por crianças em famílias com problemas de álcool.

Desde 2013 que os membros do Fórum Europeu Álcool e Saúde tinham sido convidados a considerar como poderiam contribuir para apoiar este novo foco. O Comité definiu no plano áreas onde a indústria poderia contribuir para o plano, como a redução do teor alcoólico das bebidas, apoio a monitorização, informação dos consumidores, formação do pessoal que serve bebidas e apoio para assegurar uma melhor aplicação dos limites de idade. Considerou também que as universidades e centros de investigação poderiam fazer contribuições oficiais para o Plano de Ação em domínios relacionados com o consumo de álcool, a avaliação científica das políticas e ações e a divulgação dos dados. Todavia, a reação das ONGs⁴⁰ não foi tão satisfatória em relação ao plano proposto. Segundo elas, a falta de uma nova estratégia para o álcool da UE representa uma ameaça real para manter o progresso feito para reduzir os efeitos nocivos do álcool na Europa. Enquanto o Plano de Ação da UE proposto identifica alguns subgrupos da população, relega tanto uma abordagem populacional, como muitos outros subgrupos importantes. Defendem que a UE e o Conselho deveriam se basear nas recomendações da OMS e o novo Plano de Ação da UE deveria complementar o "Plano de Ação Europeu para reduzir o uso nocivo do álcool, 2012-2020" da OMS (WHO, 2012) e deveria também reconhecer a base de evidências científicas efetivas para apoiar políticas de álcool na Europa (em áreas como preço, marketing e disponibilidade), tal como apresentado no relatório "Álcool na União Europeia" (WHO, 2012). Algumas ONGs examinaram também as atividades de *lobby* dos operadores da Indústria do Álcool, em Bruxelas, advertindo que há, neste contexto, um sério risco de existirem conflitos de interesse em jogo, nas áreas políticas do álcool relacionadas à publicidade, taxas e advertências de saúde (STAP, 2014; EPR, 2014; EUROCARE, 2014, 2014^a). Apesar dos esforços desenvolvidos pelo CNAPA, não seria concretizada uma nova estratégia europeia para o álcool a curto prazo.

NOTAS SOBRE AS POLÍTICAS DO ÁLCOOL EM PORTUGAL:

O Plano Nacional para a Redução dos PLA aprovado em 2010 vigorou até 2012. Em 2013 foi feita uma avaliação do PNRPLA pela entidade responsável pelas políticas do álcool e pelo plano.

Grande parte das suas medidas ficou por desenvolver apesar de outras atividades da área da Saúde terem sido desenvolvidas na continuidade das reestruturações dos serviços dedicados aos PLA. Por outro lado a crise económica e as reestruturações também limitaram as condições para a implementação abrangente de algumas medidas de alocação de recursos do plano. As medidas legislativas previstas em 2010 só começaram a ser regulamentadas em 2013.

⁴⁰ Eurocare (European Alcohol Policy Alliance), L'Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie, EPHA (European Public Health Alliance), Friends of the Earth Europe, BMA (British Medical Association), entre outros.

4. A EFETIVIDADE DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DO ÁLCOOL: EVOLUÇÃO DAS EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS INTERNACIONAIS DESDE O A DÉCADA DE 1990

As políticas públicas para o álcool identificadas na maior parte dos estudos têm vindo a ser escrutinadas ao longo do tempo com o objetivo de selecionar aquelas que demonstram evidências científicas de maior ou menor efetividade, consistência e capacidade de aplicação transnacional. Desde o final da década de 1990 e durante toda a década de 2000 inúmeros estudos e relatórios de investigação patrocinados pela OMS discutiram e identificaram a validade e a efetividade de intervenções e estratégias específicas associadas às políticas do álcool que foram desenvolvidas e replicadas em diversos países. Dentre as diversas medidas, algumas foram sendo selecionadas em cada um dos estudos, por demonstrarem uma capacidade promover um maior impacto em relação aos objetivos de Saúde Pública desejados. Esse conjunto intervenções e estratégias específicas de grande qualidade e que demonstram uma boa efetividade e benefícios acrescidos foi evoluindo no decorrer dos anos e dos estudos, e são identificadas mais abaixo (ver Tabela 8).

Tabela 8 – Medidas consideradas como efetivas nas políticas públicas do álcool nos principais estudos desenvolvidos entre 1990 e 2010.				
Estudos	Edwards <i>et al.</i> , 1994	Babor <i>et al.</i> , 2003	WHO, 2007	Babor <i>et al.</i> , 2010
Nº de medidas identificadas	22	32	26	42
Nº de medidas recomendadas	12	10	10	20
1. Impostos, taxas e outros controlos de preços	Taxas sobre o álcool	Taxas sobre o álcool	Taxas sobre o álcool	Taxas sobre o álcool
2. Regulação da disponibilidade física através da restrição de horários, de pontos de venda e da sua densidade e restrições a venda				Proibição total de venda de álcool
	Idade mínima legal para compra	Idade mínima legal para compra	Idade mínima legal para compra	Idade mínima legal para compra
	Monopólio estatal da venda a retalho	Monopólio estatal da venda a retalho		Monopólio estatal da venda a retalho
	Restrições de horários e dias de venda	Restrições de horários e dias de venda	Restrições de horários e dias de venda	Restrições de horários e dias de venda
	Restrição à densidade de pontos de venda	Restrição à densidade de pontos de venda	Restrição à densidade de pontos de venda	Restrição à densidade de pontos de venda
				Disponibilidade diferenciada de acordo com o teor alcoólico
3. Modificação do contexto de consumo de álcool	Treino do pessoal que serve sobre a dispensa de álcool			
			Fiscalização reforçada das leis e requisitos legais nos pontos de venda	Fiscalização reforçada das leis e requisitos legais nos pontos de venda

POLÍTICAS DO ÁLCOOL EM PORTUGAL NO CONTEXTO EUROPEU:
DETERMINANTES PARA A TOMADA DE DECISÕES E DESENVOLVIMENTO DE MEDIDAS EM SAÚDE PÚBLICA

4. Medidas contra a condução sob o efeito de álcool (aplicadas de forma credível e com recursos apropriados)	Testes de alcoolémia aleatórios	Postos de controlo para verificação da sobriedade		Postos de controlo para verificação da sobriedade
			Testes de alcoolémia aleatórios	Testes de alcoolémia aleatórios
	Redução do limite legal da concentração de álcool no sangue para a condução	Redução do limite legal da concentração de álcool no sangue para a condução	Redução do limite legal da concentração de álcool no sangue para a condução	Redução do limite legal da concentração de álcool no sangue para a condução
	Suspensão administrativa da licença de condução	Suspensão administrativa da licença de condução		Suspensão administrativa da licença de condução
	Limite legal da concentração de álcool no sangue para a condução mais baixo para jovens condutores (tolerância zero)			Limite legal da concentração de álcool no sangue para a condução mais baixo para jovens condutores (tolerância zero)
		Licenças de condução progressivas para condutores principiantes		Licenças de condução progressivas para condutores principiantes
5. Restrições ao marketing: regulação da publicidade e outras formas de <i>marketing</i> do álcool				Restrições legais a exposição
6. Educação e persuasão: providencia informação a adultos e jovens, especialmente através da <i>media</i> e programas de educação em meio escolar				
7. Intervenção precoce e tratamento: intervenções breves em serviços de saúde e aumento da disponibilidade de tratamento	Intervenções breves com consumidores de risco (CSP)	Intervenções breves com consumidores de risco	Intervenções breves com consumidores de risco	Intervenções breves com consumidores de risco
	Providenciar tratamento especializado na comunidade		Providenciar tratamento especializado na comunidade	
			Participação em organizações e grupos de ajuda-mútua/autoajuda	Participação em organizações e grupos de ajuda-mútua/autoajuda
				Desintoxicação médica e social
				Psicoterapias baseadas em conversa

5. DESENVOLVIMENTO DAS POLÍTICAS DO ÁLCOOL EM PORTUGAL

A nível nacional, as primeiras iniciativas isoladas de organização das políticas do álcool ocorreram em 1977, com a criação da Comissão de Combate ao Alcoolismo⁴¹ no âmbito da Direção Geral de Saúde (Mello *et al.*, 2001).

Anteriormente a essa data existiam apenas o Centro António Flores no Hospital Psiquiátrico Júlio de Matos em Lisboa, criado com apoio da Fundação Calouste Gulbenkian na primeira metade da década de 1960, e mais dois serviços de tratamento para alcoólicos, criados na sequência imediata do primeiro, em Coimbra (Hospital Psiquiátrico Sobral Cid) e no Porto (Hospital Psiquiátrico Magalhães Lemos). Apesar de serem tecnicamente autónomos, estes serviços permaneciam administrativamente inseridos na estrutura dos cuidados de psiquiatria. Somente em 1988, esses três Serviços de Alcoologia se desenvolveram e deram origem aos três Centros Regionais de Alcoologia (CRAs)⁴² de Lisboa, Porto e Coimbra, integrados na rede de serviços de saúde mental e tinham atribuições na área do tratamento e da prevenção em articulação com outras estruturas da Saúde. Em 1995, os CRAs foram dotados de autonomia técnica e financeira e foram clarificadas as suas funções.

A nível europeu, em 1982, as “discussões técnicas” da 35.ª Assembleia Mundial da OMS aos Problemas do Álcool e Políticas de Saúde, levou a Região Europeia da OMS a organizar e apoiar o primeiro estudo europeu *Collaborative Study on Community Response to Alcohol-related Problems*, que teve início em 1984, envolvendo 15 estados-membros, incluindo Portugal, permitindo assim que a área e das políticas do álcool comesse a se estruturar. Ainda em 1984, o programa da OMS “Saúde Para Todos no Ano 2000” incluía nas suas prioridades de intervenção o consumo de álcool. Estes antecedentes conduziram na década de 1990 a criação do *European Alcohol Action Plan 1992* e posteriormente a aprovação da Carta Europeia Sobre o Consumo de Álcool durante a Conferência Europeia *Health Society and Alcohol* realizada em Paris em 1995. Simultaneamente, em 1984, com a entrada para a UE, Portugal aderira aos Programas de Cooperação Técnica Europeia para a Prevenção dos PLA, que se desenvolveram ao longo de uma década (Melo *et al.*, 2001).

No plano internacional, a intervenção promovida pela DGS (no exercício das suas atribuições) permitiu uma ligação mais forte, uma participação e um compromisso com as Políticas do Álcool mais avançadas. No plano nacional, em 1993, foi criado o Conselho Técnico de Alcoologia⁴³ com objetivo de coordenar o trabalho desenvolvido. Este Conselho funcionou desde então e até meados dos anos 2000, junto da Direção de Serviços de Psiquiatria e Saúde Mental (DSPSM) da DGS, congregando os responsáveis deste serviço e dos três CRAs (Portugal. Ministério da Saúde. IDT, 2010; Carvalho, 2004, 2003; Mello, *et al.*, 2001).

De acordo com documentos consultados da DGS⁴⁴, no ano de 1994, fora já requerida pela DSPSM (Dr. Manuel Paes de Sousa) junto da DGS as diligências necessárias a criação de Comissão Intersectorial de “Coordenação das Ações de Prevenção dos Problemas Ligados ao Álcool”, reunindo membros de diversas áreas de atuação além do Conselho Técnico de Alcoologia – Educação, Emprego e Segurança Social, Justiça, Transportes, Administração Interna e representantes de Sociedades e Associações no

⁴¹ Despacho Normativo 176/77 de 30 de Agosto.

⁴² Decreto Regulamentar 41/88, de 21 de Novembro, regulados posteriormente pelo Decreto-Lei nº 296/95, de 19 de Outubro.

⁴³ Despacho do Gabinete do Secretário de Estado da Saúde de 7 de Setembro de 1993, aviso publicado em DR, II Série, nº 275 de 24 de Novembro de 1993.

⁴⁴ Documento de Arquivo da DGS: - 19940316_04a INFO DSPSM DGS.

âmbito da Alcoologia e Nutrição - nomeadamente com objetivo de ultrapassar resistências e dificuldades e permitir uma melhor intervenção, a começar pela Prevenção, ultrapassando assim o âmbito restrito da Saúde. A proposta se aproximava das orientações internacionais para lidar com os PLA, recomendadas pela OMS desde 1985 em visitas a Portugal. Todavia, não se identificou qualquer tipo de reação ou resposta na sequência dessa proposta.

Não obstante, durante a década de 1980 e 1990 também foram sendo introduzidas de forma autónoma algumas medidas relacionadas com os PLA em áreas conexas, como legislação relativa ao Código da Estrada, com limitações à condução sob o efeito do álcool⁴⁵ e ao Código da Publicidade, com restrições relativas às bebidas alcoólicas⁴⁶, fruto também de políticas europeias de regulação setoriais que demonstravam preocupação em relação ao assunto. Seriam setores que, com ações autónomas, viriam durante alguns anos a beneficiar a concretização das políticas do álcool, transversais por natureza.

De forma similar, os impostos sobre o álcool e bebidas alcoólicas, como se conhece atualmente, foram estruturados a partir de diretivas europeias que datam de 1992⁴⁷ transpostas para a ordem jurídica nacional⁴⁸ entre 1992 e 1993. Posteriormente, já em 1999, foi instituída legislação que criou o imposto sobre o álcool etílico e as bebidas alcoólicas (IABA)⁴⁹. A partir da aplicação desse imposto se definiram regras de controlo sobre a produção e circulação de álcool e bebidas alcoólicas, assim como uma política fiscal sobre os diversos tipos de bebidas alcoólicas, com taxas escalonadas a partir do teor alcoólico das bebidas, mas também com benefícios fiscais destinados a setores estratégicos (o vinho recebeu um taxa zero de IABA, por exemplo).

Assim, nos anos de 1990 já estavam instituídas as estruturas de intervenção básicas na área da Saúde para abordar os PLA e algumas medidas públicas ligadas à segurança, à proteção da saúde e ao controlo do álcool tinham sido introduzidas em Portugal. Apesar de serem identificadas lacunas nos instrumentos para a implementação de políticas públicas do álcool em todos os setores da sociedade, não ocorreram maiores desenvolvimentos no apoio ou na disponibilização de recursos.

Em 2000 foi criado o primeiro plano estruturado no contexto das políticas do álcool – o Plano de Ação Contra o Alcoolismo (PACA)⁵⁰, fruto do trabalho de uma Comissão Interministerial criada para “analisar e integrar os múltiplos aspetos associados a luta contra o alcoolismo num plano de ação que reforça e aprofunda a implementação do disposto na estratégia da saúde” em 1999⁵¹. Neste mesmo ano, também, se reestruturou o conjunto dos três CRAs existentes então, adequando-os a sua missão e inserção no Serviço Nacional de Saúde através de uma rede alcoológica⁵². O plano seguiu as orientações do *European Alcohol Action Plan* para os períodos de 1992-1999 e de 2000-2005, elaborados pela Região Europeia da OMS (WHO Regional Office For Europe, 1999, 1992) e dos seus desenvolvimentos na década de 1990. Beneficiou também de

⁴⁵ O Código da Estrada – Em 1982 – Lei n.º 3/82, de 29 de março - introduz o sancionamento à condução sob influência do álcool para quem apresentasse uma taxa de álcool no sangue igual ou superior a 0,80 g/l, em 1990 - Decreto-Lei n.º 124/90, de 14 de abril - o valor da taxa de álcool no sangue a partir da qual se constituía um infração baixa para 0,50 g/l. A partir de 1998 seriam introduzidas medidas de fiscalização mais específicas para a condução sob efeito do álcool - Decreto-Lei n.º 2/98, de 3 de Janeiro – medidas de fiscalização da aptidão para a condução e aplicação de sanções.

⁴⁶ O Código de Publicidade – Decreto-Lei n.º 330/90, de 23 de Outubro.

⁴⁷ Diretivas n.º 92/83/CEE e n.º 92/84/CEE, do Conselho, de 19 de Outubro.

⁴⁸ Decretos-Leis n.º 117/92, de 22 de Junho, e n.º 104/93, de 5 de Abril.

⁴⁹ Decreto-Lei 300/99 de 5 de Agosto, que estabelece o regime fiscal relativo ao imposto sobre o álcool etílico e as bebidas alcoólicas (IABA), procedendo à fusão dos Decretos-Leis n.ºs 117/92, de 22 de Junho, e 104/93, de 5 de Abril.

⁵⁰ Resolução do Conselho de Ministros n.º 166/2000 de 29 de Novembro. Cria o Plano de Ação Contra o Alcoolismo (PACA)

⁵¹ Resolução do Conselho de Ministros n.º 40/99, de 8 de Maio. Cria uma Comissão Interministerial para analisar e integrar os múltiplos aspetos associados a luta contra o alcoolismo num plano de ação que reforça e aprofunda a implementação do disposto na estratégia da saúde.

⁵² Decreto-Lei n.º 318/2000 de 14 de Dezembro. Cria a Rede Alcoológica Nacional (RAN).

larga investigação científica internacional produzida neste período e que influenciou as políticas do álcool como o relatório *Alcohol Policy and the Public Good* (Edwards *et al.*, 1994) e o Projeto *European Comparative Alcohol Study* (Norström, 2002).

Na sequência da aprovação do PACA e até o ano de 2002, foi criada alguma legislação sobre a venda e consumo de álcool, a publicidade e a condução sob o efeito de álcool, seguindo na maior parte das vezes as orientações definidas pelo plano de ação, todavia sem o cuidado na sua implementação e acompanhamento posterior, assim como ocorreu também com a rede alcoológica nacional. Muitas outras medidas contidas no plano não foram desenvolvidas no decorrer dos anos que se seguiram a criação do PACA.

Em 2004, durante a criação e elaboração do PNS 2004-2010 (Portugal, Ministério da Saúde, 2004) na DGS, estabeleceu-se os PLA como uma prioridade na área da Saúde Mental, mas o referido Programa Nacional para os PLA ali referenciado não foi concretizado, assim como esta prioridade acabaria por deixar de vigorar, nos anos seguintes, na agenda de implementação do PNS, na altura já na responsabilidade do Alto Comissariado da Saúde.

Em 2006, através do Programa de Reestruturação da Administração Central do Estado (PRACE)⁵³ e na sequência da nova Lei Orgânica do Ministério da Saúde⁵⁴ ocorreu a incorporação dos CRAs nos serviços do Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT)⁵⁵, eliminando a estrutura e autonomia destes serviços de alcoologia que passam a ser simples unidades de cuidados de saúde do IDT, deixando por definir a coordenação e adequado funcionamento da rede alcoológica nacional e das Políticas do Álcool em geral.

Em 2008, ainda num período de indefinições sobre as suas funções na área da alcoologia, o IDT desenvolveu algumas iniciativas internas e de consulta e colaboração de atores sociais, no sentido de criar um plano estratégico para os PLA que vigoraria entre os anos 2008 e 2012. Essa ação tinha como referência principal (mas não única) o Plano de Ação da UE - *An EU strategy to support Member States in reducing alcohol related harm* e seguiu o modelo do "Fórum Europeu Álcool e Saúde" que tinham sido criados entre 2006 e 2007 (European Commission, 2006). No início de 2009, um Plano Nacional para a Redução dos Problemas Ligados ao Álcool (PNRPLA) foi efetivamente apresentado e posto a discussão pública (de 9 de Fevereiro a 10 de Março de 2009). Em seguida foi entregue a tutela e ao Governo para aprovação em Conselho de Ministros (Abril de 2009), ficando a espera de agendamento e aprovação durante cerca de um ano. Finalmente, este plano acabaria por ser aprovado em 26 de Maio de 2010, não pelo Conselho de Ministros, mas apenas pelo Conselho Interministerial para os Problemas da Droga, das Toxicodependências e do Uso Nocivo do Álcool e para um período mais reduzido que o inicial, vigorando de 2010 a 2012 (Portugal. Ministério da Saúde. IDT, 2010). Na verdade, essa aprovação do PNRPLA ocorreu na sequência do reconhecimento das competências do IDT para a área do álcool, através de legislação⁵⁶ que reorganizava as estruturas de coordenação do combate à droga e às toxicodependências, alargando as respetivas competências à definição e à execução das políticas relacionadas com o uso nocivo do álcool.

Em 2010, na sequência da aprovação do PNRPLA 2010-2012, foi criado oficialmente o "Fórum Nacional Álcool e Saúde", que ficou a funcionar nos anos seguintes, agregando um conjunto de atores dos setores público, social e da indústria. O Fórum integrava aqueles atores que haviam sido consultados e colaboraram para a elaboração do Plano,

⁵³ Resolução de Conselho de Ministros nº 39/2006, de 30 de Março. Cria o Programa de Reestruturação da Administração Central do Estado (PRACE).

⁵⁴ Decreto-Lei nº 212/2006 de 27 de Outubro. Lei Orgânica do Ministério da Saúde.

⁵⁵ Decreto-Lei nº 221/2007 de 29 de Maio. Lei Orgânica do Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P. (IDT).

⁵⁶ Decreto-Lei nº 40/2010, de 28 de abril. Reorganiza as estruturas de coordenação do combate à droga e às toxicodependências, alargando as respetivas competências à definição e à execução das políticas relacionadas com o uso nocivo do álcool.

mais outros que entretanto foram identificados, numa tentativa de mobilizar as partes e promover o desenvolvimento das medidas previstas no PNRPLA.

Durante toda a vigência do PNRPLA 2010-2012, não se assistiu a criação de legislação enquadradora do próprio plano e das suas medidas, nomeadamente quando se pensa que, com a aprovação de um novo plano, o plano anterior (PACA) seria substituído em termos legislativos. Da mesma forma, não se assistiu a novas medidas legislativas enquadradoras dos PLA ou do sector do álcool e aquelas existentes em que se previa haver alterações ou melhorias, estas não foram concretizadas no período definido para o plano.

Entretanto, a partir de 2011 o IDT foi extinto, através da reorganização da Lei Orgânica do Ministério da Saúde no âmbito do Plano de Redução e Melhoria da Administração Central (PREMAC)⁵⁷, ficando os serviços de licenciamento, de execução de programas de intervenção local e de prestação de cuidados de saúde (onde se incluem as Unidades de Alcoologia) integrados nas ARS, as atividades de fiscalização integradas na Inspeção-Geral de Atividades em Saúde, enquanto os serviços centrais de coordenação e planeamento, investigação e informação e cooperação nacional e internacional e de ações de dissuasão do consumo de substâncias psicoativas (Comissões de Dissuasão) ficam integrados em um novo serviço central, equiparado a Direção Geral, designado SICAD (Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências), concretizado através de Lei Orgânica⁵⁸ em 2012.

Apenas no primeiro semestre de 2013, quando o PNRPLA 2010-2012 já estava na sua fase final e de avaliação pelo SICAD, foi aprovado pelo Conselho de Ministros um Decreto-Lei sobre o regime de disponibilização, venda e consumo de bebidas alcoólicas, mesmo assim de forma díspar da preconizada pelo PNRPLA. Paralelamente foram introduzidas medidas de redução da TAS para condutores recém-encartados e profissionais na proposta de revisão do Código da Estrada, que entretanto só produziram efeito no final do 2º semestre de 2013, quando a nova Lei do Código da Estrada foi aprovada pela AR. O impacto desses diplomas só poderia ser avaliado passados alguns anos.

Neste mesmo ano de 2013, o SICAD elabora um novo plano onde as políticas do álcool são incorporadas no conjunto das políticas para drogas ilegais e outras adições, perdendo as políticas do álcool alguma da sua especificidade. Este plano seria posto em prática ainda neste ano, mas só seria aprovado oficialmente pelo Governo durante 2014.

6. CONCLUSÕES: CONTEXTOS INTERNACIONAL E SUPRANACIONAL E AS POLÍTICAS DO ÁLCOOL EM PORTUGAL

Os desenvolvimentos na área da Saúde associados aos Problemas Ligados ao Álcool (PLA) no contexto internacional e europeu tiveram, desde os anos 1970, um papel marcante na definição das estratégias e planos nacionais. Esses desenvolvimentos foram de duas dimensões distintas: a da investigação e a da ação política. A colaboração mútua desses campos proporcionou a construção de um campo de atuação próprio e uma sólida experiência sobre a dimensão dos problemas ligados ao álcool e das políticas públicas do álcool.

Em Portugal, a definição de uma estrutura de apoio ao desenvolvimento de políticas do álcool começou a ganhar forma na década de 1980, consequência, em parte, de uma

⁵⁷ Decreto-Lei n.º 124/2011 de 29 de Dezembro - Diário da República, 1.ª série, n.º 249, de 29 de Dezembro de 2011. Lei orgânica do Ministério da Saúde.

⁵⁸ Decreto-Lei n.º 17/2012 de 26 de janeiro - Diário da República, 1.ª série — N.º 19 — 26 de janeiro de 2012. Lei orgânica do SICAD - Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências.

colaboração mais próxima entre organismos internacionais e nacionais de Saúde para organizar respostas aos PLA. Centrada inicialmente em intervenções no setor da Saúde, a coordenação dos PLA, a nível da Administração Pública da Saúde portuguesa tentou desenvolver uma ação mais ampla e interministerial ao longo da década de 1990, estimulada pelas iniciativas da OMS e pela participação na UE, mas sem resposta dos governos. As diversas políticas setoriais que envolviam a problemática do álcool, como a condução automóvel ou os assuntos fiscais e económicos, desenvolveram-se autonomamente desde essa altura.

As diversas iniciativas da OMS para a Europa, com o *European Alcohol Action Plan* de 1992-1999 e de 2000-2005 e uma série de novas respostas oriundas do campo da investigação nas políticas do álcool, foram responsáveis por, mais uma vez, proporcionar condições para Portugal, de novo através da Administração Pública da Saúde, propor uma estratégia interministerial e uma abordagem de Saúde Pública para os PLA no final da década de 1990 ao governo, que desta feita se mostrou disponível e interessado na iniciativa. O resultado foi a aprovação de um plano alcoológico denominado PACA (Plano de Ação contra o Alcoolismo) em 2000.

Também a inicial e parcial implementação do PACA, com a criação de alguma regulamentação até 2002, foi influenciada pelas políticas da OMS de incentivo e monitorização da implementação das políticas nacionais. Mas o decorrer dos anos e a diminuição da pressão inicial das instâncias políticas internacionais arrefeceu os ânimos dos governos que se seguiram, mesmo existindo a nível internacional inúmeros projetos de investigação em curso.

Apenas a partir de 2006, o Governo começa a interessar-se pelo campo do álcool, mas fruto da necessidade de reestruturar a Administração Pública e rentabilizar as suas estruturas e serviços. Simultaneamente a esses acontecimentos ocorria o lançamento de uma estratégia da UE para o consumo nocivo de álcool para o período de 2006-2012.

Como consequência das mudanças estruturais ocorridas e do lançamento da estratégia europeia em que se viram envolvidos, os responsáveis pelas políticas do álcool na Administração Pública da Saúde comprometeram-se com o desenvolvimento de uma renovada estratégia interministerial para os PLA em Portugal, desta vez quase totalmente inspirada nas medidas e estruturas de acompanhamento da estratégia europeia. Entretanto, o novo plano nacional só foi apresentado em 2009 e, depois de muita resistência, foi aprovado pelo governo somente em 2010. Esse último período coincidiu com a avaliação intercalar da estratégia da UE, feita em 2009, que concluiu ser necessário incentivar e monitorizar os governos no desenvolvimento das ações nacionais.

Ao apreciar a iniciativa portuguesa verifica-se que a *EU strategy to support Member States in reducing alcohol related harm 2006-2012* foi o principal modelo utilizado para o desenvolvimento não só das políticas públicas do álcool em Portugal, mas também da governança dessas políticas, com a criação, a nível nacional, de estruturas de coordenação e acompanhamento similares às europeias.

Por outro lado, a iniciativa da OMS de criação de uma estratégia mundial para o consumo nocivo de álcool, aprovada pelos países-membros em 2010, não se repercutiu no panorama europeu e nacional nos anos seguintes, em que ainda vigoravam as orientações da UE

Culminando a estratégia da EU e a nacional simultaneamente em 2012, após esse período não houve desenvolvimentos concretos na UE para a criação de uma nova estratégia e, a nível nacional, as políticas do álcool passaram a fazer parte de uma estratégia maior ligada aos comportamentos aditivos, perdendo dessa forma alguma especificidade e destaque.

As evidências recolhidas ao longo deste capítulo sobre o desenvolvimento internacional das políticas do álcool e a sua relação com o panorama nacional deixam clara a influência e sustentação que as iniciativas internacionais dirigidas aos países promovem na criação e em alguma implementação de planos alcoológicos, assim como nas formas de fazer política nesta área em Portugal. Interessa observar que essa influência é feita a nível das autoridades de saúde da Administração Pública e apenas indiretamente a nível governamental ou político.

CAPÍTULO II – CONSUMO DE ÁLCOOL E SAÚDE: ANÁLISE A PARTIR DE FONTES INTERNACIONAIS E INQUÉRITOS NACIONAIS

Monitorizar a evolução de indicadores do consumo de álcool em cada país ou região do mundo, permite obter uma base comparativa para dimensionar os potenciais níveis de Problemas Ligados ao Álcool (PLA) e orientar a necessidade de desenvolver políticas públicas, intervenções e serviços de saúde adequados a cada população e aos contextos sociais. Numa segunda etapa permite avaliar o impacto e os seus resultados de saúde obtidos com a aplicação das políticas públicas.

Neste capítulo, descreve-se e analisa-se a evolução desses indicadores em Portugal durante o período de influência dos dois planos alcoológicos nacionais. Para tal, utilizaram-se dados oriundos de fontes da OMS sobre o consumo de álcool no âmbito europeu, de forma a contextualizar os indicadores de Portugal.

Em seguida, descreve-se e analisa-se os dados oriundos de inquéritos nacionais sobre o consumo de álcool, abordando a população em geral e grupos populacionais específicos.

Procura-se identificar, através da evolução desses dados, as necessidades de saúde presentes que levaram a criação dos planos alcoológicos e o possível impacto que as políticas públicas adotadas ao longo de tempo tiveram nesses indicadores.

Os indicadores utilizados são referentes ao comportamento dos indivíduos e precedem o estado de saúde das populações. São portanto o padrão de mudança efetiva mais imediatamente gerado pelas políticas públicas na população. Não serão abordados outros indicadores referentes ao estado de saúde, associados a mortalidade e morbilidade ou danos a terceiros e a sociedade, por implicarem uma mudança a longo prazo de uma série de fatores ligados ao consumo de álcool e as políticas do álcool.

1. INTRODUÇÃO

Em termos mundiais, estimativas feitas para a população com 15 anos ou mais de idade referem que o consumo *per capita* de álcool puro (registado + não registado) no mundo encontrava-se estabilizado na década de 1990 e no ano de 2000 apresentava uma média de 5,1 litros de álcool puro por pessoa/ano (WHO, 2004). Todavia, em 2005 este nível de consumo mundial tinha crescido para os 6,13 litros de álcool puro por pessoa/ano e desde então manteve uma tendência de estabilização até 2010, quando apresentou um nível de consumo de 6,2 litros de álcool puro por pessoa/ano. Apesar de uma tendência de constante redução do consumo de álcool desde a década de 1980 em toda a Europa Ocidental, incluindo Portugal, os níveis de consumo europeus continuavam a ser os mais altos de todas as regiões do Mundo. Comparativamente, na região europeia da OMS, este nível de consumo em 2005 era de 12,18 litros de álcool puro por pessoa/ano e em 2010 já tinha diminuído para 10,9 litros de álcool puro por pessoa/ano, mantendo a tendência de redução progressiva verificada na década anterior (WHO, 2011, 2014).

É de realçar nessas estimativas que o consumo não registado, ou seja, o álcool caseiro, ilegalmente produzido ou vendido fora do controlo dos governos tem vindo a se reduzir, enquanto o consumo registado e legalmente produzido tem aumentado ou se mantido estável, demonstrando continuidade da tendência de expansão e consolidação do mercado global do álcool (ver Tabela 9).

Os países do Sul da Europa⁵⁹ foram os principais responsáveis pela continuação de uma tendência de descida mais acentuada do consumo na região europeia seguidos dos países do centro-oeste e oeste da Europa⁶⁰, onde se encontravam níveis de consumo muito elevados na década de 1990 e que desde então têm-se reduzido. Por outro lado, após uma descida na década de 1990, desde 2000 tem existido uma tendência de aumento do consumo em países do centro-leste e leste da Europa⁶¹, que haviam reduzido os níveis de consumo altos na década de 1990, e em países no norte da Europa⁶², com níveis de consumo que eram já baixos na década passada. (WHO, 2013).

Tabela 9 – Consumo em litros de álcool puro por pessoa/ano na população com 15 anos ou mais de idade no mundo e nas regiões da OMS (WHO, 2011, 2014)

Ano de referência	2005 ^{b3}			2010 ^{b4}		
Regiões da OMS	Total	Registado	Não registado	Total	Registado	Não registado
MUNDO	6,13 (100,0%)	4,37 (71,3%)	1,76 (28,7%)	6,2 (100,0%)	4,7 (75,2%)	1,5 (24,8%)
EUROPA (EUR ⁶⁵)	12,18 (100,0%)	9,51 (78,0%)	2,67 (22,0%)	10,9 (100,0%)	9,0 (82,5%)	1,9 (17,5%)

Durante o decorrer da década de 1990, os indicadores relacionados com os PLA em Portugal se agravaram comparativamente ao resto da Europa, chegando, nos últimos anos dessa década, a ser classificado como um dos maiores consumidores *per capita* de álcool a nível mundial. Esses dados foram exaustivamente referenciados nos documentos da área da Saúde produzidos no final dos anos de 1990. Na década de 2000, a evolução dos indicadores em Portugal apresentou uma ligeira redução com uma tendência de estabilização, mas continuou ainda a divergir do conjunto de países da Europa Ocidental.

Esta investigação tem seu foco nas políticas do álcool nacionais desenvolvidas especificamente durante a década de 2000 (nomeadamente as referentes ao PACA e ao PNRPLA). Assim, com vista a aprofundar o conhecimento e extrair conclusões sobre as necessidades de saúde presentes no momento que foram estimuladas a criação dessas políticas do álcool nacionais e o impacto subsequente que podem ter produzido, descreve-se e analisa-se a seguir os níveis e padrões de consumo de álcool, primeiramente com base em fontes da Organização Mundial da Saúde sobre a Europa e Portugal e posteriormente com base numa seleção de inquéritos de saúde aplicados a nível nacional.

⁵⁹ Chipre, Grécia, Itália, Malta, Portugal e Espanha.

⁶⁰ Áustria, Bélgica, França, Alemanha, Irlanda, Luxemburgo, Holanda, Suíça e Reino Unido.

⁶¹ Bulgária, Croácia, República Checa, Estónia, Hungria, Letónia, Lituânia, Polónia, Roménia, Eslováquia e Eslovénia.

⁶² Dinamarca, Finlândia, Noruega e Suécia.

⁶³ Consiste na soma das médias do consumo registado de álcool entre 2003-2005 e uma estimativa de consumo não registado de álcool *per capita* em 2005.

⁶⁴ Consiste na soma das médias do consumo registado de álcool entre 2008-2010 e uma estimativa de consumo não registado de álcool *per capita* em 2010.

⁶⁵ **Europa - EUR (WHO Region, Subregion and Member States):**

EUR A - Andorra, Austria, Belgium, Croatia, Cyprus, Czech Republic, Denmark, Finland, France, Germany, Greece, Iceland, Ireland, Israel, Italy, Luxembourg, Malta, Monaco, Netherlands, Norway, Portugal, San Marino, Slovenia, Spain, Sweden, Switzerland, United Kingdom.

EUR B - Albania, Armenia, Azerbaijan, Bosnia and Herzegovina, Bulgaria, Georgia, Kyrgyzstan, Montenegro, Poland, Romania, Serbia, Slovakia, Tajikistan, The former Yugoslav Republic of Macedonia, Turkey, Turkmenistan, Uzbekistan.

EUR C - Belarus, Estonia, Hungary, Kazakhstan, Latvia, Lithuania, Republic of Moldova, Russian Federation, Ukraine.

2. TENDÊNCIAS DO CONSUMO DE ÁLCOOL EM PORTUGAL NO CONTEXTO EUROPEU: UMA ANÁLISE COMPARADA A PARTIR DE FONTES INTERNACIONAIS

Utilizou-se para esta análise diversas fontes de informação estatísticas oriundas da Organização Mundial da Saúde sobre os níveis e padrões de consumo de álcool na Europa e em Portugal.

Todos os dados analisados procuram se centrar no período que antecedeu ou esteve sob o impacto das políticas públicas produzidas pelo PACA ou pelo PNRPLA e estudadas nesta investigação.

2.1. Níveis de consumo de álcool

Segundo os dados disponíveis da Organização Mundial da Saúde (WHO-GISAH, 2015; WHO Regional Office for Europe-HFA, 2015), considerando o consumo registado de litros de álcool puro por pessoa/ano, Portugal apresenta tradicionalmente um valor estimado acima dos valores médios tanto da Região Europeia da OMS ou da Sub-região A (Eur-A)⁶⁶ como da UE, seja a dos 15 (UE15), seja a dos 28 (UE28) (ver Tabela 10).

Tabela 10 - Consumo registado de álcool puro, em litros por pessoa/ano, na população acima dos 15 anos (WHO-GISAH, 2015; WHO Regional Office for Europe-HFA, 2015)

Ano	Portugal	Sub-região Europeia da OMS - Eur-A	Região Europeia da OMS	UE 15 (Estados-membros até Maio 2004)	UE 28 (Estados-membros atuais)
1990	14,35	12,49	9,41	12,66	12,22
1995	12,80	11,36	9,21	11,52	11,21
2000	12,13	11,20	8,89	11,35	11,04
2005	12,06	10,69	9,07	10,83	10,69
2010	10,84	9,88	8,71	9,98	10,05
Diferença 1990-2000	-15,47%	-10,33%	-5,53%	-10,35%	-9,66%
Diferença 2000-2010	-10,63%	-11,79%	-2,02%	-12,07%	-8,97%
Diferença 1990-2010	-24,46%	-20,90%	-7,44%	-21,17%	-17,76%

Em termos de tendências, na década de 1990 ocorreu uma descida acentuada e generalizada do consumo na Europa, mais acentuada nos países da Europa Ocidental, particularmente os do Sul da Europa⁶⁷, incluindo Portugal. Na década de 2000 ocorreu um período de estabilização nos primeiros anos e, a seguir, países no Centro-Leste e no Norte da Europa enfrentaram mesmo uma subida dos níveis de consumo, enquanto os países do Centro-Oeste e do Sul da Europa continuaram a reduzi-lo, caracterizando um tendência mista. Os níveis de consumo em Portugal sempre foram e continuam sendo substancialmente superiores as médias da Europa. Também foram sempre superiores aos valores dos outros países do Sul da Europa (a exceção do ano de 2006 em que foi superado pela Espanha).

⁶⁶ Sub-região Eur-A da OMS - Andorra, Austria, Belgium, Croatia, Cyprus, Czech Republic, Denmark, Finland, France, Germany, Greece, Iceland, Ireland, Israel, Italy, Luxembourg, Malta, Monaco, Netherlands, Norway, Portugal, San Marino, Slovenia, Spain, Sweden, Switzerland, United Kingdom.

⁶⁷ Países do Sul da Europa: Cyprus, Greece, Italy, Malta, Portugal, Spain.

Após uma estabilização na primeira metade da década de 2000, Portugal voltaria a decrescer o consumo *per capita* de álcool no final da década, acompanhando o sentido da sub-região europeia e da EU 15, mas não mais convergindo com esses valores, como ocorrera ainda na década de 1990. Apenas apresenta um desempenho melhor que a Região Europeia e a EU a 28 devido a presença dos países de Centro-Leste. Contudo, avaliando o período alargado entre 1990 a 2010, verifica-se que os níveis de redução do consumo de álcool ainda permitem que Portugal esteja em vantagem em relação a Europa (WHO-GISAH, 2015; WHO Regional Office for Europe-HFA, 2015; WHO Regional Office for Europe, 2013; Anderson, Møller e Galea, 2012).

Além do alto nível de consumo registado, deve-se ter em consideração as estimativas que indicam a existência de um consumo derivado de uma produção fora dos circuitos comerciais, portanto não registado. Portugal apresentou durante a década de 2000 valores de consumo de álcool não-registado percentualmente mais baixos que a Região Europeia da OMS quando comparados com o consumo registado (ver Tabela 11). Os valores percentuais de álcool não registado em relação aos valores totais em Portugal parecem estáveis e permaneceram entre 14,5% e 14,7% de 2003/2005 para 2008/2010, enquanto na Região Europeia da OMS parecem ter reduzido entre 22,7% e 17,4% no mesmo período.

Tabela 11 – Consumo registado e não registado de álcool puro, em litros por pessoa/ano, na população acima dos 15 anos (WHO-GISAH, 2015)

	Portugal			Região Europeia da OMS		
Média	Registado	Não Reg.	Total	Registado	Não Reg.	Total
2003/2005	12,3	2,1	14,4	9,1	2,7	11,9
2008/2010	11,0	1,9	12,9	9,0	1,9	10,9

Ainda que as estimativas demonstrem que os valores do álcool não-registado na Europa (e em Portugal) sejam percentualmente menores que em outras regiões do mundo, o somatório do consumo registado e não registado eleva ainda mais o volume total de consumo, bem como os riscos associados a qualidade do álcool produzido, agravando a situação em termos de Saúde Pública.

Inserido numa região que apresenta o maior nível mundial de consumo de álcool, Portugal apresenta indicadores de consumo *per capita* ainda maiores, apontando para um pior estado de saúde potencial. A princípio, as mudanças verificadas dos referidos indicadores ao longo do tempo são relativas às alterações naturais do consumo ou às políticas da sub-região (da OMS e/ou da EU), que atingem a globalidade dos países de forma similar, e não por políticas ou especificidades de Portugal.

2.2. Padrões de consumo

- Abstinência:

Em Portugal, em 2006, 47,0% (homens: 34,6%; mulheres: 58,2%) da população não consumiu álcool nos 12 meses anteriores e 26,0% (homens: 18,6%; mulheres: 32,0%) não consumiu álcool ao longo da vida. Em 2010, estes números reduziram-se para 43,0% (homens: 30,9%; mulheres: 54,0%) e 22,5% (homens: 12,6%; mulheres: 31,7%) respetivamente.

No contexto da Região Europeia da OMS verificou-se em 2004 que 31,2% (homens: 23,5%; mulheres: 38,1%) da população não consumiu álcool nos 12 meses anteriores e 20,6% (homens: 12,6%; mulheres: 24,6%) não consumiu álcool ao longo da vida. Em 2010, estes números reduziram-se para 33,0% (homens: 26,6%; mulheres: 40,1%) e 20,6% (homens: 12,6%; mulheres: 24,6%) respetivamente (ver Tabela 12) (WHO, 2011, 2014).

Tabela 12 – Percentagem da população com 15 ou mais anos que se abstém e que consome álcool (WHO, 2011, 2014)

Portugal	Abstinentes ao longo da vida	Ex-bebedores abstinentes nos últimos 12 meses	Total de abstinentes nos últimos 12 meses	Total de consumidores nos últimos 12 meses
2006 (WHO, 2011)				
Mulheres	32,0 %	26,2 %	58,2 %	41,8 %
Homens	18,6 %	16,0 %	34,6 %	65,4 %
Total	26,0 %	21,0 %	47,0 %	53,0 %
2010 (WHO, 2014)				
Mulheres	31,7%	22,3%	54,0%	46,0%
Homens	12,6%	18,3%	30,9%	69,1%
Total	22,5%	20,5%	43,0%	57,0%
Região Europeia	Abstinentes ao longo da vida	Ex-bebedores abstinentes nos últimos 12 meses	Total de abstinentes nos últimos 12 meses	Total de Consumidores nos últimos 12 meses
2004 (WHO, 2011)				
Mulheres	24,6 %	13,5 %	38,1 %	61,9 %
Homens	12,6 %	11,0 %	23,5 %	76,5 %
Total	18,9 %	12,3 %	31,2 %	68,8 %
2010 (WHO, 2014)				
Mulheres	--	--	40,1 %	59,9 %
Homens	--	--	26,6 %	73,4 %
Total	20,6 %	13,0 %	33,6 %	66,4 %

Verifica-se que a percentagem de consumidores de álcool em Portugal durante os anos 2000 foi menor que na Região Europeia da OMS, ao mesmo tempo que a percentagem de abstinentes ao longo da vida foi maior. Por outro lado, a percentagem de consumidores de álcool em Portugal aumentou durante a década de 2000, enquanto diminuiu na Região Europeia da OMS. O aumento da percentagem de consumidores nesta década em Portugal em contraciclo com a Região Europeia da OMS representa mais um foco de preocupação em termos de políticas do álcool, já que pode representar uma aproximação de padrões europeus de consumo alargado com um aumento da população exposta.

- Consumo por bebedor e consumo de risco

Conjugar os indicadores sobre consumo *per capita* por ano com o da percentagem da população consumidora de bebidas alcoólicas nos últimos 12 meses na população permite estimar de forma mais objetiva o volume de álcool consumido por bebedor. Os valores encontrados para Portugal e para a Região Europeia da OMS tornam-se mais discrepantes ainda, devido a Portugal ter um consumo *per capita* mais alto e uma população consumidora menor que a da Região Europeia da OMS.

Se, tanto em 2003-2005 como em 2008-2010, na Região Europeia da OMS os valores calculados em gramas de álcool puro diário excedem a quantidade máxima de consumo diário considerados pela OMS como de baixo risco para a saúde do indivíduo do sexo masculino, em Portugal os valores vão bastante além, estando mesmo próximo dos

valores considerados como de consumo pesado (ver Tabela 13) (Babor *et al.*, 2001, 2001a)⁶⁸.

Tabela 13 - Consumo total de álcool puro, em litros por pessoa/ano, na população de consumidores com 15 ou mais anos (WHO, 2011, 2014)		
Média Anual no período 2003 - 2005	Portugal	Região Europeia da OMS
Consumo <i>per capita</i> total na população em geral (2003/2005) (WHO-GISAH, 2015)	14,4 Litros	11,9 Litros
% da população que consumiu álcool nos últimos 12 meses (WHO, 2011)	53,0 % (2004)	68,8 % (2006)
Consumo <i>per capita</i> na população de consumidores ⁶⁹	27,17 Litros	17,29 Litros
Gramas de álcool por dia por consumidor ⁷⁰	59,0 g/dia	38,9 g/dia
Média Anual no período 2008 – 2010	Portugal	Região Europeia da OMS
Consumo <i>per capita</i> total na população em geral (2008/2010) (WHO-GISAH, 2015)	12,9 Litros	10,9 Litros
% da população que consumiu álcool nos últimos 12 meses (WHO, 2014)	57,0 % (2010)	66,4 % (2010)
Consumo <i>per capita</i> na população de consumidores	22,63 Litros	16,42 Litros
Gramas de álcool por dia por consumidor	49,2 g/dia	35,7 g/dia

- Consumo pesado episódico:

O “consumo pesado episódico” é um dos indicadores mais importantes ligados às consequências agudas do consumo de álcool, como acidentes e violência. Este indicador de risco refere-se ao consumo de pelo menos 50 a 60 gramas ou mais de álcool puro (o que equivale a mais de 5 bebidas-padrão) numa mesma ocasião, numa base mensal. A sua ocorrência é comumente medida nos últimos 12 meses. Nem sempre um padrão de consumo episódico pesado está associado a níveis de consumo *per capita* elevados, como é o caso de alguns países do sul da Europa, com níveis altos de consumo *per capita*, mas com padrões de consumo mais regulares e moderados. Também pode-se encontrar mais comumente um padrão elevado de consumo episódico pesado nos países mais pobres dentre os países desenvolvidos e nos países mais ricos dentre os países em desenvolvimento (WHO, 2014).

Na Região Europeia da OMS, em 2010, ocorreu um “consumo episódico pesado” em 16,5% (homens: 24,9%; mulheres: 8,9%) da população geral, nos últimos 12 meses. Correspondia, na verdade, a cerca de 22,9% da população de consumidores (66,4% da população geral) (WHO, 2014).

Em Portugal, em 2010, ocorreu um “consumo episódico pesado” em 20,4% (homens: 30,1%; mulheres: 11,5%) da população geral, nos últimos 12 meses. Correspondia, na

⁶⁸ Cada unidade de álcool ou bebida padrão tem sido definida como contendo entre 10 a 12 gramas de álcool. O consumo de baixo risco corresponde à ingestão de 20 a 24 gramas de álcool por dia (2 unidades de álcool), não mais do que 5 vezes por semana. Na prática, e havendo alguma variação entre sexos, refere-se um consumo de no máximo 2 a 3 unidades de álcool (entre 20 a 36 gramas) por dia para homens e 1 a 2 unidades de álcool (10 a 24 gramas) por dia para mulheres, com pelo menos dois dias por semana sem beber. A ocorrência de um consumo episódico pesado equivale a 5 ou mais unidades de álcool (cerca de 50 a 60 gramas ou mais) durante um evento de consumo, enquanto um padrão de consumo deste tipo continuado no tempo pode ser considerado consumo pesado.

⁶⁹ Cálculo do volume de álcool consumido por bebedor = Volume *per capita* / % população consumidora / 100

⁷⁰ Cálculo das gramas de álcool diárias: g/day = Volume *per capita* x 1000 x 0.793 / 365 dias / % população consumidora)

verdade, a cerca de 35,8% (homens: 43,6%; mulheres: 24,9%) da população de consumidores (57,0% da população geral) (WHO, 2014).

Como se pode inferir, este padrão de consumo de risco encontra-se mais presente na população portuguesa que na população europeia. Sendo um padrão típico dos países Nórdicos e não dos países do Sul da Europa, estes valores chamam a atenção para a possibilidade de se estar diante uma mudança deste padrão de consumo de risco, que atingia mais de um terço dos consumidores em Portugal no final dos anos 2000. No início da década ainda não existiam dados consistentes que permitissem comparações internacionais, todavia esse padrão de consumo parece ter-se desenvolvido na população mais jovem desde esta altura e ao longo da década em Portugal.

3. TENDÊNCIAS DO CONSUMO DE ÁLCOOL EM PORTUGAL: UMA ANÁLISE COMPARADA A PARTIR DE INQUÉRITOS NACIONAIS

Primeiramente analisa-se os dados disponíveis dois inquéritos nacionais representativos da população portuguesa em geral, feitos regularmente ao longo dos anos, que abordam níveis e padrões de consumo de álcool: o Inquérito Nacional de Saúde (INS) e Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas (INCSP).

Em seguida analisa-se os dados disponíveis dois inquéritos nacionais representativos da população adolescente inserida em meio escolar, feitos regularmente ao longo dos anos, que abordam níveis e padrões de consumo de álcool: o Inquérito Nacional em Meio Escolar (INME) e o *European School Survey on Alcohol and Others Drugs* (ESPAD).

Todos os dados analisados procuram se centrar no período que antecedeu ou esteve sob o impacto das políticas públicas produzidas pelo PACA ou pelo PNRPLA e estudadas nesta investigação.

3.1. NÍVEIS E PADRÕES DE CONSUMO DE ÁLCOOL NA POPULAÇÃO ADULTA⁷¹

3.1.1. Resultados a partir do Inquérito Nacional de Saúde (INS) (Portugal. Ministério da Saúde, DGS, 1998; Portugal. Ministério da Saúde, INSA, 2000; Portugal. Ministério da Saúde, INSA/INE, 2007; Portugal. Ministério da Saúde, INSA/INE, 2015)

- Consumo e Abstinência:

Na década de 1990, uma das referências sobre a caracterização do consumo de álcool em Portugal foi o estudo “Hábitos de Consumo de Bebidas Alcoólicas em Portugal” (Gameiro, 1998), realizado com uma amostra com representatividade nacional, incluindo as Regiões Autónomas, de 2004 entrevistas realizadas de Novembro de 1996 a Janeiro de 1997. Este estudo identificou que cerca de um terço da população não consumia bebidas alcoólicas (nunca tinha consumido ou tenha deixado de consumir), um terço da população consumia habitualmente bebidas alcoólicas e um terço consumia bebidas alcoólicas a todas, ou quase todas, as refeições (Gameiro, 1998, Matias Dias, 2004).

Por outro lado, os resultados dos Inquéritos Nacionais de Saúde em relação a Portugal Continental, nos anos de 1995/96 (PORTUGAL. MS, DGS, 1998) e 1998/99 (PORTUGAL. MS, INSA, 2000), 2005/06 (PORTUGAL. MS, INSA. INE, 2007) e 2014 (PORTUGAL. MS, INSA. INE, 2015), demonstram que as prevalências de consumo de

⁷¹ População com 15 ou mais anos.

bebidas alcoólicas mantiveram-se praticamente estáveis nos anos 1990, mas aumentaram na década de 2000.

Considerando a população total em Portugal Continental, as prevalências de consumo de álcool nos 12 meses anteriores ao INS 1995/96 era de 50,9% e ao INS 1998/99 era de 50,4%. Todavia o INS 2005/06 apresentava já uma prevalência de consumo de bebidas alcoólicas nos últimos 12 meses de 53,8%. Este aumento nos primeiros anos da década de 2000 foi mais notório no sexo feminino (de 37,3% para 42,3%) do que no masculino (de 64,4% para 66,0%).

Na verdade, analisando a percentagem da população com 15 ou mais anos de idade que declarou consumir álcool nos 12 meses anteriores ao inquérito, na segunda metade da década de 1990 verificou-se, da mesma forma, uma tendência de estabilização, com 59,5% em 1995/96 e 59,9% em 1998/99, todavia com diferenças entre os géneros: o sexo masculino apresentou uma ligeira redução (de 78,9% para 77,5%), enquanto no sexo feminino ocorreu um ligeiro aumento (de 42,0% para 43,8%). Já na primeira metade da década de 2000 o aumento foi considerável, passando dos 59,9% em 1998/99 para cerca de 63,4% em 2005/06. Manteve-se uma tendência de estabilização para o sexo masculino, agora com um ligeiro aumento (de 77,5% para 78,6%) que anulou as reduções ocorridas anteriormente, enquanto no sexo feminino continuou a haver um aumento, agora bem mais pronunciado (de 43,8% para 49,4%). Os dados correspondentes do INS 2014 apresentaram um aumento ainda maior, para 70,3% (H= 85,3%; M= 57,2%), concretizando não só a tendência a um agravamento global da situação a partir da segunda metade da década de 2000 e início dos anos de 2010, como também confirmando a presença de aumentos consideráveis na prevalência de consumo agora em ambos os sexos (ver Figura 7).

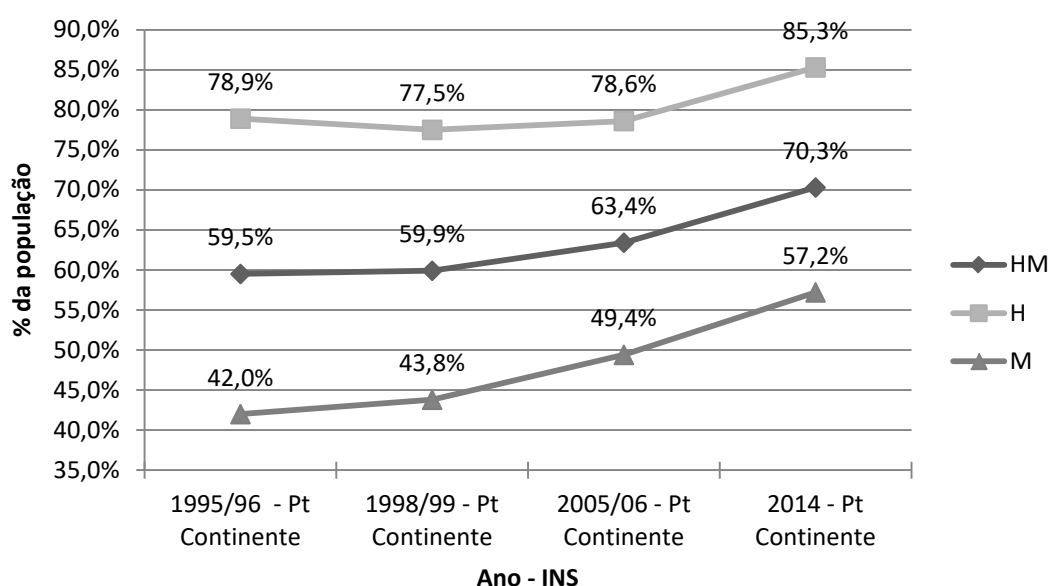


Figura 7 – Percentagem da população com 15 ou mais anos de idade que declarou consumir álcool nos 12 meses anteriores ao inquérito (INS – Portugal Continental)

- A população ativa e população acima dos 65 anos:

Analisando os dados do INS desagregados para a população ativa e a população acima dos 65 anos que declarou consumir álcool nos 12 meses anteriores ao inquérito em Portugal Continental, verificou-se que a população portuguesa acima dos 65 anos mantém cada vez mais um consumo de álcool alargado nos primeiros anos desta fase da

vida idosa. Estes valores não chegam a níveis muito inferiores ao dos grupos etários imediatamente anteriores e à média da população acima dos 15 anos, e só tendem a ser menos expressivos nas décadas seguintes, notoriamente devido ao sexo feminino, mais que ao sexo masculino (ver Tabela 14).

A evolução ao longo dos anos desses grupos etários possui a mesma tendência que a população em geral, apresentando um aumento da prevalência ao longo dos anos em ambos os sexos que se acentuou nos últimos anos da década de 2000 e nos primeiros dos anos 2010.

Tabela 14 - Percentagem da população portuguesa que consumiu de álcool nos últimos 12 meses, por grupos etários (INS, Portugal Continental)						
	População ativa		População acima dos 65 anos			
Grupos etários	15-64	55-64	65-74	75-84	85 ou +	65 ou +
INS 1998/99 - HM	61,87%	63,8%	56,4%	46,2%	35,0%	51,31%
H	78,23%	85,6%	78,6%	67,1%	56,7%	73,68%
M	46,11%	44,7%	38,8%	32,4%	25,3%	35,27%
INS 2005/06 - HM	64,17%	70,8%	60,7%	52,6%	43,2%	56,38%
H	78,60%	88,9%	81,7%	74,4%	69,7%	78,51%
M	52,06%	54,7%	43,7%	38,3%	30,6%	40,39%
INS 2014 - HM	73,91%	73,2%	64,6%	54,7%	49,3%	59,08%
H	86,36%	89,3	86,3%	78,7%	63,3%	81,39%
M	62,22%	58,6	47,0%	38,4%	42,8%	43,14%

- Consumo pesado episódico:

O INS 2014 em Portugal recolheu informação sobre o “consumo pesado episódico” (*binge drinking*), equivalente a mais de 5 bebidas-padrão numa mesma ocasião nos últimos 12 meses. Foi identificada uma percentagem de 33,2% (homens: 44,7%; mulheres: 18,1%) da população de consumidores (23,3% da população geral com 15 ou mais anos) que referiu ter praticado esse comportamento numa base que varia de episódios ocasionais até a diários. O consumo episódico pesado numa base pelo menos semanal envolveu 10,8% desses consumidores (2,5% da população geral com 15 ou mais anos), com base mensal 33,0% (7,7% da população geral com 15 ou mais anos) enquanto os restantes 56,2% dos consumidores (13,1% da população geral com 15 ou mais anos) pratica esse comportamento ocasionalmente.

- Consumo médio por bebedor e consumo de risco

Baseado nos dados do INS em Portugal Continental, as estimativas sobre o consumo médio diário por bebedor declarado na semana anterior à entrevista, calculado em gramas de álcool puro, permitem identificar o nível de consumo médio dos indivíduos bebedores em Portugal. No INS 1995/1996 esse valor foi de 39,3 g de álcool puro (homens: 48,4 g; mulheres: 19,3 g) e no INS 1998/1999 era de 37,8 g de álcool puro (homens: 47,3 g; mulheres: 17,1 g), podendo-se verificar sempre grandes diferenças entre o sexo masculino e feminino, bem como uma redução global do volume médio consumido durante a década de 1990. Em 1998/99 os valores mais altos eram observados no sexo masculino no grupo etário dos 35-44 anos (homens: 53,5 g), seguido de perto do grupo etário dos 45-54 anos (homens: 51,8 g) e no sexo feminino no grupo etário dos 55-64 anos (mulheres: 17,5 g) seguido de perto dos grupos etários dos 35-44 anos e dos 45-54 anos (mulheres: 17,4 g) (Matias Dias, 2004; Matias Dias *et al.*, 2003).

Apesar de parecerem estar muito baixos das estimativas de consumo individual diário baseados nos dados da OMS para Portugal, os valores de consumo masculino permanecem acima dos 36 gramas ou 3 doses padrão recomendados como limite de consumo de baixo risco nos grupos etários entre os 25 e os 74 anos, enquanto o consumo feminino já se encontra abaixo do limite recomendado de 24 gramas ou duas doses padrão para todas as idades.

Em estudos mais recentes baseados nos dados do INS 2005/06 (Matias Dias, 2011), estimativas sobre o nível de consumo de álcool de risco (acima de 3 bebidas padrão para homens e 2 bebidas padrão para mulheres) concluíram que este afetava 9,2% da população portuguesa com 15 anos ou mais (IC 95%: 8,2%; 10,4%) não sendo homogêneos os valores entre os diversos grupos etários. O valor mais elevado verificou-se no grupo etário 45 a 64 anos com 12,2% (IC 95%: 10,4%; 14,2%) e o menor no grupo etário de 75 anos e mais com 2,9% (IC 95%: 1,7%; 4,8%). A população masculina revelou uma prevalência superior à verificada na população feminina, embora sem diferença estatisticamente significativa, com valores para os homens de 10,5% (IC 95%: 8,9%; 12,3%) e para as mulheres de 8,1% (IC 95%: 8,2%; 10,4%).

- Níveis de consumo:

Baseado nos dados sobre o consumo diário e consequentemente consumo por ano dos bebedores e conjugando esses valores com a percentagem da população consumidora de bebidas alcoólicas nos últimos 12 meses na população portuguesa, foi possível estimar o volume total consumo de álcool *per capita* em Portugal para alguns dos anos de referência dos INS. Essas estimativas permitem uma comparação mais objetiva e confirmam uma discrepância entre os valores produzidos pelo inquérito nacional à população e aqueles estimados com base no dados sobre a produção e o consumo registados e não registados de bebidas alcoólicas da OMS (ver Tabela 15).

Tabela 15 - Níveis de consumo no final dos anos 1990 em Portugal através do INS		
Fonte de referência dos dados	INS 1995/96	INS 1998/99
Consumo diário em gramas por bebedor	39,9 Gramas	37,8 Gramas
Consumo anual em litros por bebedor	18,4 Litros	17,4 Litros
Percentagem da população consumidora com 15 anos ou mais	59,5%	59,9%
Consumo anual em litros <i>per capita</i>	10,95 Litros	10,42 Litros
Fonte de referência dos dados	1995 (WHO-GISAH, 2015)	2000 (WHO-GISAH, 2015)
Consumo anual em litros <i>per capita</i> (registado)	12,80 Litros	12,13 Litros

3.1.2. Resultados a partir do Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas (INCSP) (Balsa *et al.*, 2003, 2008, 2011, 2014)

- Consumo e Abstinência:

O Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas (INCSP) tem como alvo a população em idade ativa em Portugal (Continente e Regiões Autónomas). As edições de 2001 e 2007 estudaram a população entre os 15-64 anos, enquanto a de 2012 estudou a população entre 15-74 anos. Para efeitos de análise e comparação dos dados adotou-se a população entre 15-64 anos.

Assim, da análise dos dados dos inquéritos desenvolvidos em 2001, 2007 e 2012 pode-se identificar a percentagem da população portuguesa entre 15-64 anos que consumiu álcool ao longo da vida, em 2001 era de 75,6% (mulheres: 66,4% / homens: 85,2%), em

2007 aumentou para 79,1% (mulheres: 69,5% / homens: 88,9%) em 2012 diminuiu para 73,6% (mulheres: 62,6% / homens: 85,1%). Nos últimos 12 meses, em 2001 era de 65,9% (mulheres: 54,0% / homens: 78,4%), em 2007 aumentou para 70,6% (mulheres: 59,6% / homens: 81,9%) e em 2012 diminuiu para 61,1% (mulheres: 49,3% / homens: 73,6%). Nos últimos 30 dias em 2001 era de 59,1% (mulheres: 45,1% / homens: 73,6%), em 2007 se manteve nos 59,6% (mulheres: 44,0% / homens: 75,5%) e em 2012 diminuiu para 50,3% (mulheres: 35,2% / homens: 66,2%). (ver Figura 8)

Observa-se que o consumo de álcool ao longo da vida e nos últimos 12 meses apresentou uma tendência de aumento de 2001 para 2007 em ambos os sexos, tendo regredido em 2012 para os níveis mais baixos que os de 2001. Os valores para o consumo nos últimos 30 dias tiveram uma tendência de estabilização entre 2001 e 2007, mas sofreram uma redução considerável em 2012, mais consistente nas mulheres que nos homens. A população do sexo masculino apresenta sempre taxas de prevalências de consumo bem mais altas que o sexo feminino.

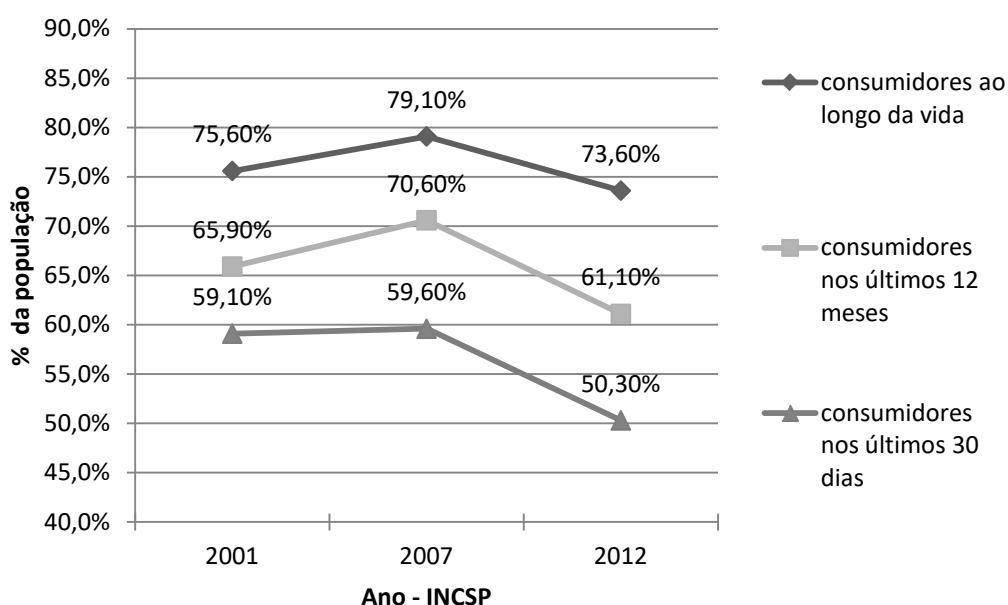


Figura 8 - Prevalências do consumo de álcool na população em idade ativa (15-64 anos) (INCSP)

- Consumo pesado episódico:

O INCSP relata a prevalência do consumo de mais de 5 bebidas alcoólicas mesma ocasião (binge drinking) na população que consumiu nos últimos 12 meses, foi, em 2001 de 37,2% (mulheres: 17,7% / homens: 53,0%), em 2007 de 36,7% (mulheres: 17,5% / homens: 42,5%) e em 2012 de 19,8% (mulheres: 9,4% / homens: 27,1%).

Extrapolando estes valores para a população em geral, aqueles que praticaram binge drinking no último ano corresponderiam respetivamente aos anos de 2001, 2007 e 2012 a valores de 28,1% (mulheres: 11,8% / homens: 45,1%), 29,1% (mulheres: 13,4% / homens: 45,1%) e 12,1% (mulheres: 4,6% / homens: 19,9%) da população total (ver Figura 9).

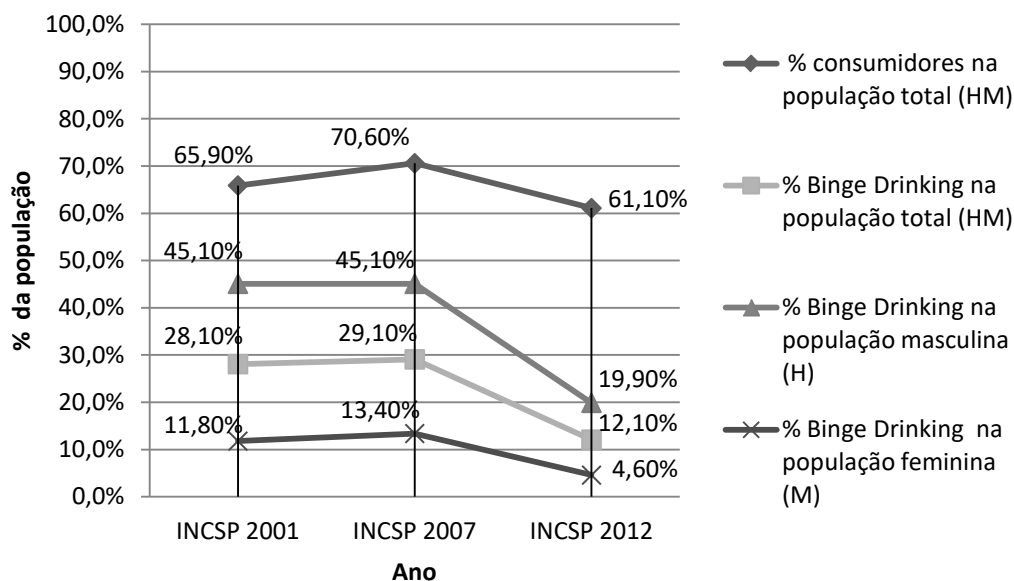


Figura 9 - Prevalência do consumo de mais de 5 bebidas alcoólicas mesma ocasião (*binge drinking*) nos últimos 12 meses na população ativa (15-64 anos) (INCSP)

As prevalências de *binge drinking* são sempre muito maiores no sexo masculino que no sexo feminino e acompanham as tendências de consumo na população em geral tendo aumentado ligeiramente durante o período de 2001 a 2007, nomeadamente nas mulheres, e regredido em 2012 de forma bastante significativa, para menos da metade do que encontrávamos anteriormente em ambos os sexos.

Este comportamento também é muito mais prevalente nos grupos etários mais jovens (15-34 anos) comparativamente aos grupos etários mais idosos (45-64 anos), uma tendência tem aumentado no decorrer dos anos (ver Figura 10).

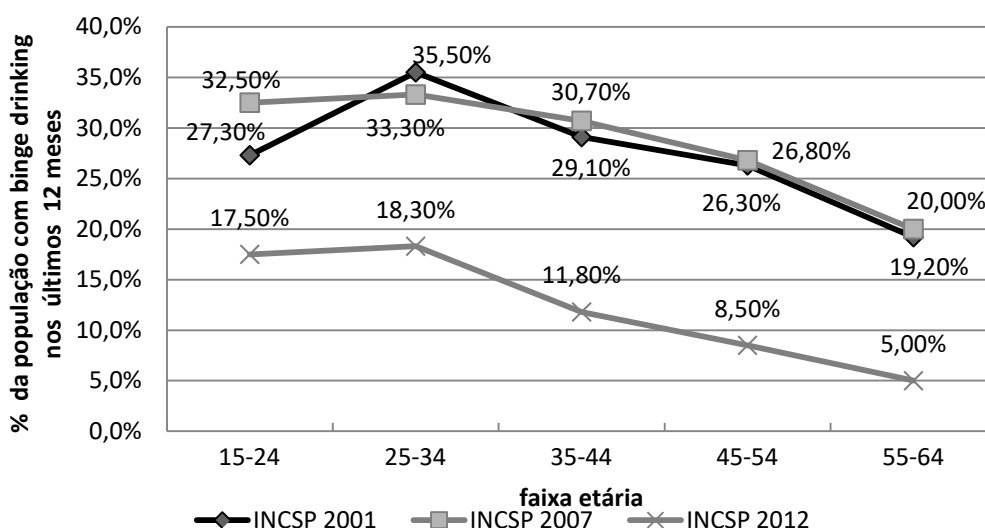


Figura 10 – Comportamento de *binge drinking* nos últimos 12 meses por grupo etário ao longo dos anos (INCSP)

- Consumo por bebedor e consumo de risco

O INCSP 2012 (Balsa *et al.*, 2015) aplicou o teste AUDIT - *Alcohol Use Disorders Identification Test* – (Babor *et al.*, 2001), na sua versão curta (3 perguntas) para avaliar o consumo de álcool de risco na população ativa dos 15-64 anos. Esta versão avalia os padrões de consumo acima dos limites recomendados e a presença de *binge drinking* nos últimos 12 meses. De acordo com a pontuação obtida na versão curta do teste os resultados apontaram para uma percentagem de 13,3% da população total que apresentava pelo menos um consumo de risco, que poderia ser moderado ou alto. A variação dos valores nos diversos grupos etários era grande e o valor mais elevado verificou-se no grupo etário 45 a 64 anos com 16,2% e o menor no grupo etário 15-24 anos com 7,3%. A população masculina revelou uma prevalência muito superior à verificada na população feminina (H=18,7%; M= 8,2%).

3.1.3. Comparação e análise dos dados dos inquéritos

Os estudos feitos em Portugal sobre a população em geral acima dos 15 anos- INS - e na vida ativa entre os 15 e 64 anos -INCSP - têm apresentado padrões e níveis de consumo de álcool com variações entre si e com variações pontuais nas suas diversas edições ao longo do tempo.

Os valores relativamente mais baixos na percentagem da população ativa (15-64 anos) que consumiu álcool nos últimos 12 meses no INS de 1998/99 (61,87%) e 2005/06 (64,17%) que nos INCSP de 2001 (65,90%) e 2007 (70,60%), pode ser em parte explicado pelas diferenças dos dados encontradas nos grupos etários da população mais jovens. Uma hipótese para tal é a possibilidade de subnotificação na recolha de dados por parte do INS, fruto de um viés provocado pela forma indireta que os dados são recolhidos em conglomerados familiares, o que não ocorre com o INCSP.

A discrepância encontrada nos resultados do INCSP de 2012 (61,10%) e do INS de 2014 (73,91%), onde o primeiro apresenta uma tendência clara e generalizada de redução do consumo de 2007 para 2012 e o segundo apresenta uma tendência de aumento do consumo de 2005/06 para 2014, não permite ainda uma análise e interpretação mais objetiva dos resultados.

Apenas é de referir que alguns estudos apresentam a hipótese de ocorrência, durante uma crise socioeconómica prolongada, de se poder ter alterações dos padrões e níveis de consumo de álcool na população em geral e em subgrupos específicos, principalmente associado a situações de saúde mental, desemprego de longa duração, empobrecimento e disrupção familiar (Loring, 2014; WHO Regional Office for Europe, 2011), pelo que é necessário se ter alguma reserva ao referir os últimos dados.

Alguns dados sobre os padrões de consumo episódico pesado (*binge drinking*), consumo de risco e os níveis de consumo na população necessitam de estudos mais específicos que esclareçam a dimensão da população exposta a estes comportamentos e os potenciais danos que possam estar presentes, já que os valores se apresentam muito divergentes nos dois inquéritos referidos. Estas questões são importantes para implementação de medidas que possam alterar a situação em si, mas também para a organização dos serviços prestação de cuidados de saúde e sociais de resposta aos problemas que estes comportamentos produzem.

Um aspeto que ganha relevância com o passar dos anos em Portugal, como a nível europeu, é a questão do consumo de álcool por parte dos grupos etários mais avançados. O aumento da população idosa, as alterações nos padrões de envelhecimento com uma melhor saúde, a continuidade de uma vida social ativa por mais tempo e à existência de um maior e mais longo tempo disponível após a reforma têm permitido a manutenção de comportamentos ligados ao estilo de vida, entre eles o consumo de álcool, nesta fase mais avançada da vida, mesmo diante de potenciais riscos

acrescidos que tal pode proporcionar aos indivíduos. Assim, em parte estes comportamentos são reforçados em fases mais precoces que antecedem a reforma e o envelhecimento e perpetuados nos anos que se seguem. Na verdade, não são muito relevantes as mudanças biológicas associadas ao envelhecimento. As investigações sugerem que pessoas mais velhas podem ser mais sensíveis aos efeitos negativos do álcool à saúde em comparação aos adultos jovens, o que poderia significar resultados mais danosos para quantidades equivalentes de consumo por pessoas mais velhas. Há alguma evidência de aumento nos internamentos hospitalares e mortes relacionados com o álcool em pessoas mais velhas nalguns países europeus, geralmente em paralelo às mudanças no consumo de álcool, tendências idênticas àquelas da população em geral. De qualquer forma, sabe-se muito menos sobre a saúde, impactos sociais e económicos do uso de álcool em idosos quando comparados aos adultos jovens, pelo que é necessário acompanhar a evolução desses fenómenos descritos e suas consequências para a saúde (Anderson e Scalfato, 2010).

Em Portugal, os dados coletados pelo INS demonstram que o grupo etário que antecede a população considerada idosa (55-64 anos) mantém os padrões de consumo de álcool estabelecidos durante a idade adulta. Nos grupos etários seguintes à idade de 65 anos, os consumidores que reduzem de forma mais consistente o consumo encontram-se no sexo feminino.

O quadro epidemiológico apresentado aqui através desses indicadores de saúde identificam um potencial risco para a saúde associado ao uso de álcool em Portugal, tanto em relação aos níveis de consumo quanto aos padrões identificados, que se mantiveram durante toda a década de 2000 e início dos anos 2010, apesar das variações descritas.

3.2. NÍVEIS E PADRÕES DE CONSUMO DE ÁLCOOL NA POPULAÇÃO ADOLESCENTE EM MEIO ESCOLAR

3.2.1. Resultados a partir do Inquérito Nacional em Meio Escolar (INME) (Feijão *et al.*, 2001, 2006, 2011)

O INME é um inquérito periódico a jovens inseridos em meio escolar, no 3º ciclo do Ensino Básico (7.º, 8.º e 9.º anos de escolaridade) e no Secundário (10.º, 11.º e 12.º anos de escolaridade), e apresenta resultados sobre o comportamento de consumo de álcool, entre outras substâncias.

Segundo os resultados nas diversas edições ocorridas a volta da década de 2000 (2001, 2006 e 2011), as prevalências de consumo de álcool, para o 3º ciclo e para o Secundário e em todos os períodos de tempo (ao longo da vida, últimos 12 meses e últimos 30 dias), aumentaram entre 2001 e 2011. Para quase todos os indicadores o aumento foi contínuo, mas para a experimentação (consumo ao longo da vida) chegou a ocorrer uma pequena redução temporária da prevalência em 2006 (ver Figura 11 e Figura 12).

Em relação às situações de embriaguez relatada pelos alunos do 3º Ciclo e Secundário, o INME apresenta valores para Portugal a partir de 2006. Aparentemente esses comportamentos apresentam uma certa estabilidade nas prevalências no 3º Ciclo e de um aumento das prevalências no Secundário para o período de 2006 a 2011.

Assim, a presença de pelo menos uma situação de embriaguez nos últimos 12 meses no 3º Ciclo era em 2006 de 11,4% e em 2011 de 11,0% (12% sexo masculino e 11% no sexo feminino) e no Secundário era em 2006 de 28,8% e em 2011 de 37,0% (43% sexo masculino e 32% no sexo feminino).

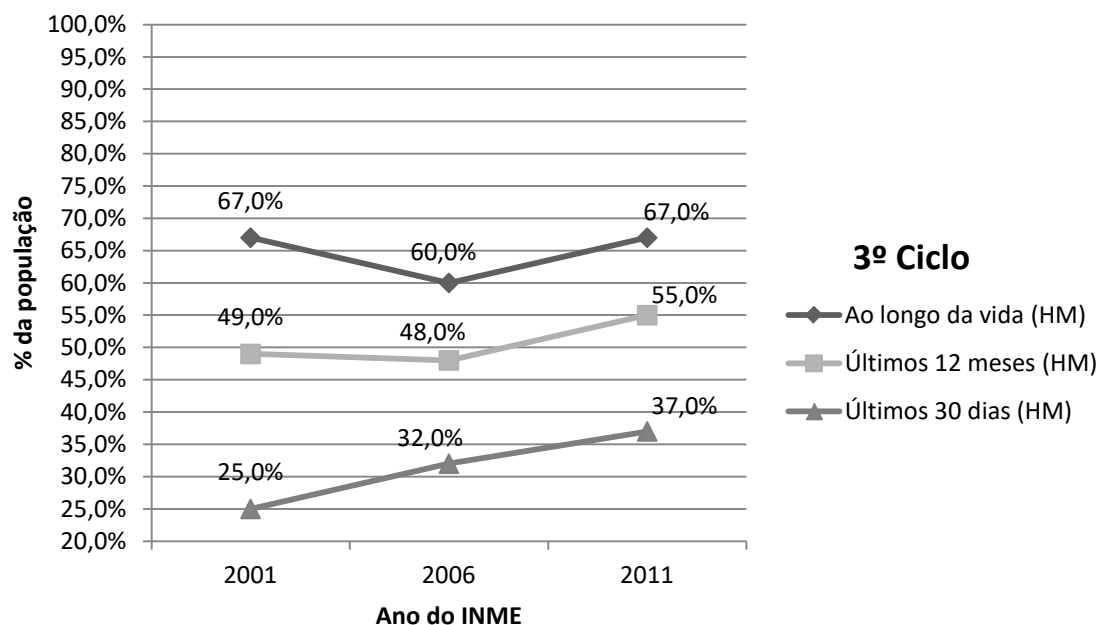


Figura 11 - Prevalências e tendências de consumo de álcool no 3º ciclo (INME - Portugal)

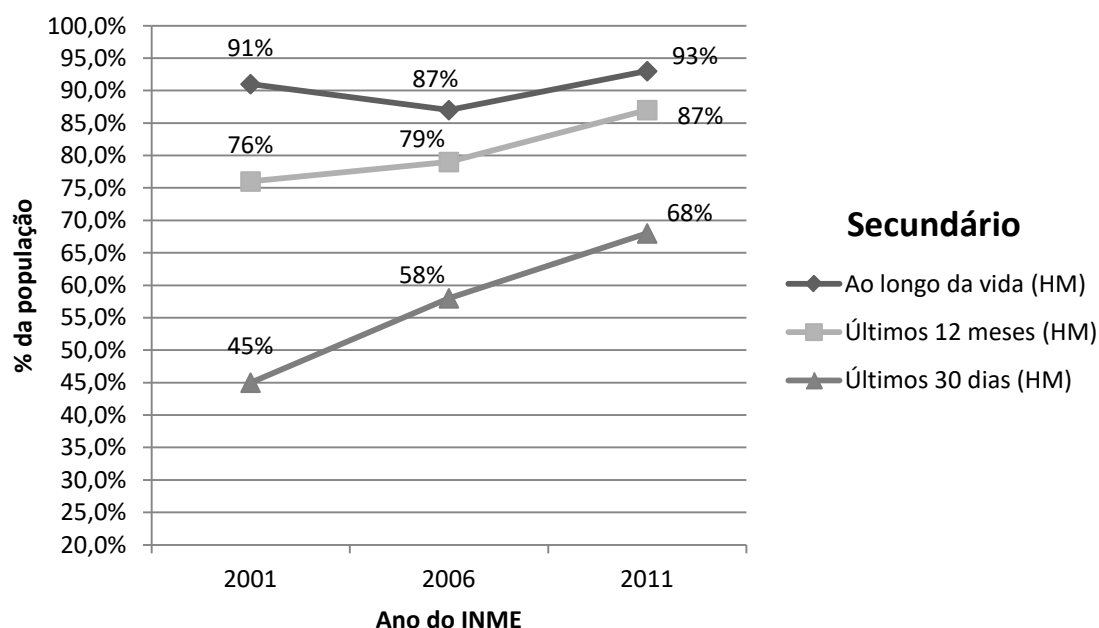


Figura 12 - Prevalências e tendências de consumo de álcool no Secundário (INME - Portugal)

Os resultados dos indicadores de 2011 sobre situações de embriaguez nos últimos 12 meses apresentam um aumento muito grande entre o 3º Ciclo e o Secundário, sendo que esse aumento ocorre em ambos os sexos, mas com maior ênfase do sexo masculino. Para os últimos 12 meses, os valores alcançados no Secundário pelo INME em 2011 são bastante superiores aos valores portugueses e mais próximos da média europeia

apresentada pelo ESPAD⁷², demonstrativo de mudanças nestes padrões de consumo entre adolescentes portugueses.

Apesar disso, as situações de embriaguez ainda não parecem ser tão frequentes ou continuadas no Secundário (INME de 2011). Quando se verifica a presença desse comportamento nos últimos 30 dias, verifica-se que estes números reduzem-se bastante, com o 3º Ciclo a apresentar valores de 7,0% para o sexo masculino e 6,0% para o sexo feminino e o Secundário a apresentar valores de 26,0% para o sexo masculino e 17,0% para o sexo feminino.

De forma a sintetizar e comparar os dados referidos do INME apresenta-se os valores dos inquéritos ao longo do tempo para os indicadores relatados (ver Tabela 16).

Tabela 16 - Prevalências de consumo de álcool e situações de embriaguez no 3º ciclo e no Secundário em Portugal (INME)			
INME (3º Ciclo)	2001	2006	2011
Consumo ao longo da vida (HM)	67,0%	60,0%	67,0%
Consumo nos últimos 12 meses (HM)	49,0%	48,0%	55,0%
Consumo nos últimos 30 dias (HM)	25,0%	32,0%	37,0%
Embriaguez nos últimos 12 meses (HM)	--	11,4%	11,0%
Embriaguez nos últimos 30 dias (H)	--	--	7,0%
Embriaguez nos últimos 30 dias (M)	--	--	6,0%
INME (Secundário)	2001	2006	2011
Consumo ao longo da vida (HM)	91,0%	87,0%	93,0%
Consumo nos últimos 12 meses (HM)	76,0%	79,0%	87,0%
Consumo nos últimos 30 dias (HM)	45,0%	58,0%	68,0%
Embriaguez nos últimos 12 meses (HM)	--	28,8%	37,0%
Embriaguez nos últimos 30 dias (H)	--	--	26,0%
Embriaguez nos últimos 30 dias (M)	--	--	17,0%

3.2.2. Resultados a partir do *European School Survey on Alcohol and Others Drugs (ESPAD)* (Hibell *et al.*, 2000, 2004, 2007, 2011, 2015)

O ESPAD⁷³ é um inquérito periódico a jovens com idade de 16 anos, inseridos em meio escolar, aplicado em diversos países europeus, e apresenta resultados sobre o comportamento de consumo de álcool, entre outras substâncias.

Segundo os seus resultados nas diversas edições ocorridas a volta da década de 2000, as prevalências de consumo de álcool, para todos os períodos de tempo (ao longo da vida, últimos 12 meses e últimos 30 dias), estiveram relativamente estáveis de 1999 até 2003, aumentando em 2007 e tendo reduzido para níveis próximos ao do início da década entre 2011 e 2015 (ver Figura 13).

⁷² ESPAD - PORTUGAL: em 2007 era de 26,0% (27% no sexo masculino e 24% no sexo feminino) e em 2011 era de 29,0% (31% sexo masculino e 29% no sexo feminino). ESPAD - MÉDIA EUROPEIA: em 2007 era de 39,0% em 2011 era de 37% (39% sexo masculino e 35% no sexo feminino).

⁷³ O ESPAD 1999 envolveu 30 países europeus e o ESPAD 2011 já envolveu 37 países europeus.

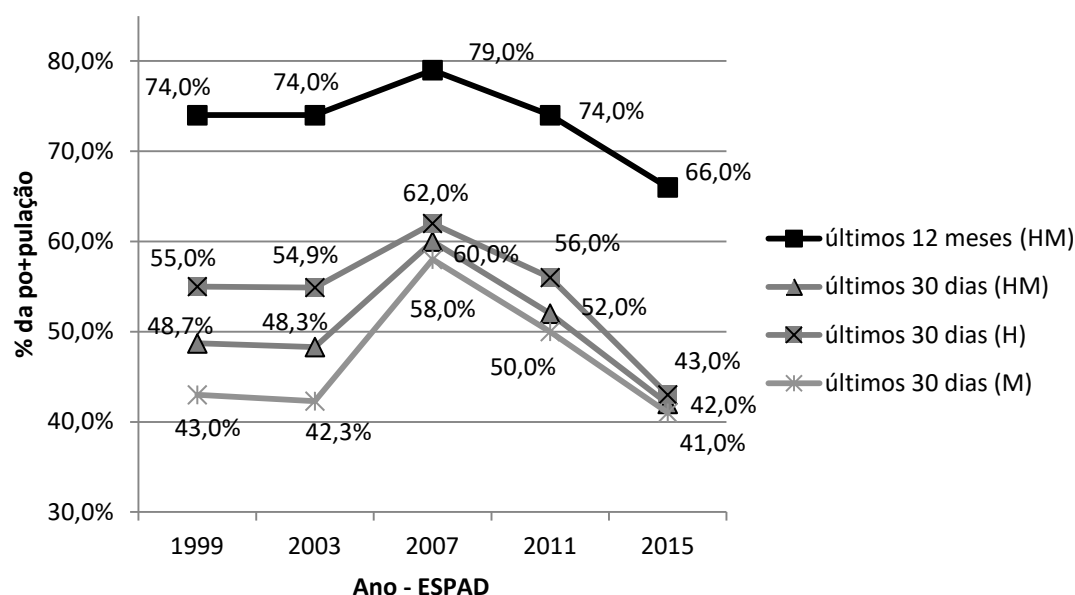


Figura 13 – Prevalências de consumo de álcool aos 16 anos, em jovens inseridos em meio escolar, nos últimos 12 meses e nos últimos 30 dias entre 1999 e 2015 (ESPAD)

A prevalência de consumo de álcool ao longo da vida em 1999 era de 78,1%, em 2003 manteve-se nos mesmos níveis, apresentado um valor de 78,2%, em 2007 aumentou para 84,0% (86% sexo masculino e 81% no sexo feminino) e em 2011 reduziu para 71,0% (76% sexo masculino e 67% no sexo feminino). Segundo os últimos dados do ESPAD em 2015 esse valor manteve-se nos 71% (73% sexo masculino e 70% no sexo feminino), demonstrando uma estabilização da prevalência de global do consumo ao longo da vida, mas com aumento no sexo feminino e redução no sexo masculino.

A prevalência de consumo de álcool nos últimos 12 meses em 1999 era de 74%, em 2003 igualmente manteve-se em 74%, em 2007 aumentou para 79% (80% sexo masculino e 79% no sexo feminino) e em 2011 reduziu para 74,0% (75% sexo masculino e 74% no sexo feminino). Segundo os últimos dados do ESPAD em 2015 esse valor reduziu-se para 66% (66% sexo masculino e 66% no sexo feminino). Estes valores são tradicionalmente próximos do consumo ao longo da vida, e tem apresentado valores semelhantes para ambos os sexos.

A prevalência de consumo de álcool nos últimos 30 dias em 1999 era de 48,7%, em 2003 reduziu muito ligeiramente para 48,3%, em 2007 aumentou para 60% (62% no sexo masculino e 58% no sexo feminino) e a partir daí reduziu para 52,0% (56% sexo masculino e 50% no sexo feminino) em 2011. Segundo os últimos dados do ESPAD de 2015 o valor do consumo nos últimos 30 dias reduziu-se ainda para 42,0% (43% sexo masculino e 41% no sexo feminino) em 2015. Essa redução substancial no consumo nos últimos 30 dias fez com que os valores se aproximassem dos níveis registados na primeira metade da década de 2000 para o sexo feminino, enquanto no sexo masculino a redução foi bem mais consistente. É de notar a proximidade da prevalência de consumo que se estabeleceu entre sexos desde a metade da década de 2000, primeiramente devido ao aumento do consumo no sexo feminino e mais recentemente devido a uma redução mais acentuada no sexo masculino.

As prevalências de consumo de álcool ao longo da vida e nos últimos 12 meses não apresentam diferenças substanciais entre elas, evidenciando uma forte tendência de continuidade do consumo a partir das primeiras experiências em todos os países,

incluindo Portugal. Em termos comparativos e utilizando os dados padronizados do ESPAD as médias dos países para todas as prevalências de consumo de álcool são sempre superiores às médias de Portugal.

De forma a sintetizar e comparar a evolução do consumo de álcool pelos jovens ao longo do tempo, apresenta-se um conjunto de indicadores do ESPAD para Portugal e para a média dos países inseridos no estudo. Selecionou-se os anos que referem a momentos chave das políticas do álcool desenvolvidas em Portugal (ver Tabela 17).

Tabela 17 – Percentagem de alunos com 16 anos e comportamentos face ao consumo de álcool (ESPAD)								
ESPAD	Portugal				Média dos Países			
Comportamentos	1999	2007	2011	2015	1999 ⁷⁴	2007	2011	2015
Consumo de álcool ao longo da vida	78%	84%	71%	71%	--	89%	87%	80%
Consumo de álcool nos últimos 12 meses	74%	79%	74%	66%	83%	83%	79%	71%
Consumo de álcool nos últimos 30 dias	49%	60%	52%	42%	60%	62%	57%	48%
Situações de embriaguez nos últimos 12 meses	30%	26%	29%	26%	52%	39%	37%	36%
<i>Binge drink</i> nos últimos 30 dias	23%	56%	22%	20%	40%	43%	39%	35%
<i>Binge drink</i> nos últimos 30 dias (3 ou + vezes)	7%	12%	7%	5%	--	17%	14%	12%

Em relação às situações de embriaguez relatada pelos alunos portugueses com 16 anos, o ESPAD apresenta valores para Portugal que decresceram ao longo do período. Assim, a presença de pelo menos uma situação de embriaguez nos últimos 12 meses era em 1999 de 30,0%, em 2003 de 28,0%, em 2007 de 26,0% (27% no sexo masculino e 24% no sexo feminino) e em 2011 de 29,0% (31% sexo masculino e 29% no sexo feminino). Segundo os últimos dados do ESPAD em 2015 esse valor reduziu-se para 26,0% (27% sexo masculino e 26% no sexo feminino). Como referência, a média europeia referida pelo ESPAD era apresentou valores sempre bem superiores aos de Portugal.

Utilizando um padrão mais objetivo, no que respeita ao consumo de cinco ou mais bebidas em uma só ocasião (*binge drinking*), o ESPAD identifica que a percentagem de jovens que relatam tê-lo feito nos últimos 30 dias foi em 1999 de 23,0% (29,0% no sexo masculino e 18,0% no sexo feminino), em 2003 de 25,0% (33,0% no sexo masculino e 19% no sexo feminino), em 2007 é de 56% (58,0% no sexo masculino e 53,0% no sexo feminino) e em 2011 é de 22% (27,0% no sexo masculino e 19,0% no sexo feminino). Os últimos dados do ESPAD de 2015 indicaram que este valor foi de 20%. Verifica-se assim que a redução desse comportamento se estabilizou depois de uma redução acentuada em 2011.

Ainda em relação a percentagem de jovens que relatam tê-lo feito três ou mais vezes nos últimos trinta dias era em 1999 de 7,0% (10,0% no sexo masculino e 4,0% no sexo feminino), em 2003 de 15,0% (20,0% no sexo masculino e 10,0% no sexo feminino), em

⁷⁴ Não foram elaboradas médias dos países abrangidos para os indicadores em causa no ESPAD 1999. Os valores de cada um dos países pode ser consultado diretamente no relatório através do endereço eletrónico: http://www.espad.org/Uploads/ESPAD_reports/1999/The_1999_ESPAD_report.pdf.

Os valores referidos na tabela para o ESPAD 1999 foram recolhidos no site do ESPAD; nomeadamente na base de dados disponível (Keyresult Generator) – Available in: <http://www.espad.org/keyresult-generator> - e de um estudo não publicado que se encontra referenciado (References & Literature) – Available in: <http://www.espad.org/fyrom#>

2007 de 12% (15,0% no sexo masculino e 10,0% no sexo feminino) e em 2011 de 7% (9,0% no sexo masculino e 6,0% no sexo feminino). Segundo os últimos dados do ESPAD em 2015 esse valor reduziu-se para 5% (6% sexo masculino e 3% no sexo feminino).

Esses dados demonstram uma tendência de aumento do comportamento de consumo episódico pesado pelos jovens de ambos os sexos na década de 2000, com uma redução que teve início da década de 2010. No contexto dos países analisados, Portugal apresentou-se como um padrão preocupante no decorrer da década de 2000, ultrapassando a média dos países, mas nos anos seguintes esses valores reduziram-se e ficaram abaixo da média dos países.

3.2.3. Comparação e análise dos dados dos inquéritos

Os estudos feitos em Portugal sobre a população adolescente em meio escolar – INME e ESPAD - têm apresentado prevalências bastante altas de consumo de álcool, mesmo para idades mais precoces, com valores que, apesar das variações, mantêm-se ao longo dos anos. As prevalências de episódios de consumo excessivo (*binge drinking*) e das situações de embriaguez apresentaram um forte aumento restrito a década de 2000, com um potencial risco para a saúde dos jovens, que parece ter diminuído na década de 2010.

Os indicadores na população adolescente apresentavam uma tendência condizente com as tendências para a população em geral durante a década de 2000. No início da década de 2010 algumas mudanças dos padrões de consumo parecem ter ocorrido na população adolescente, a semelhança da população em geral. Apesar do INME e o ESPAD abordarem populações adolescentes de grupos etários diferentes, há alguma discrepância nas tendências dos dados entre inquéritos a partir de 2011.

Os resultados do INME abrangem uma dimensão etária mais alargada da população adolescente, caracterizando mais amplamente o fenómeno do consumo na adolescência que parecia estar aumentando em 2011. Uma nova tendência de diminuição dos níveis e padrões de consumo pode ainda não ter sido detetada pelo INME, que, entretanto já se manifesta no ESPAD desde 2011 e se confirmou em 2015, seja nas prevalências de consumidores seja nos padrões de consumo episódico pesado.

As tendências encontradas nas prevalências de consumidores ao longo do tempo do ESPAD estão em consonância com as tendências apresentadas no INCSP, com um aumento da prevalência nos primeiros anos da década de 2000 até pelo menos 2007 e com uma redução no início da década de 2010.

4. CONCLUSÕES: O CONSUMO DE ÁLCOOL E AS POLÍTICAS DO ÁLCOOL EM PORTUGAL

Segundo os principais dados da OMS, os níveis de consumo de álcool em Portugal estiveram sempre acima dos valores médios europeus durante as últimas décadas. A convergência existente nos anos 1990 com os valores mais baixos dos países da Europa Ocidental deixou de ocorrer nos anos 2000, apesar de Portugal continuar a reduzir, mesmo que em menor grau, o consumo *per capita*. Em Portugal, existe tradicionalmente uma menor percentagem da população que consome anualmente álcool, mas os níveis estimados de consumo *per capita* da população bebedora resultam em valores bem mais altos que na média da região europeia da OMS. Da mesma forma, padrões de consumo pesado têm aumentado e em 2010 já estavam presentes numa percentagem maior da população portuguesa relativamente à média europeia.

O INS demonstra que, entre 1998/99 e 2014, tem aumentado consistentemente a percentagem da população consumidora de álcool ao longo da década de 2000, inclusive em grupos etários mais idosos. Apesar do INCSP mostrar uma tendência de redução dessa população no inquérito de 2012, o ano atípico em plena crise económica e os dados discrepantes dos demais inquéritos realizados não permitem confirmar os resultados.

Para efeitos de avaliação quanto à necessidade de desenvolvimento de políticas do álcool que ocorreram mais especificamente entre 1999-2000 (PACA) e entre 2008-2010 (PNRPLA), e o efeito desses planos alcoólicos no comportamento de consumo das populações, os dados e tendências existentes contribuem para formular algumas conclusões.

No final dos anos de 1990 e início dos anos 2000, Portugal reduziu os níveis de consumo, mas ainda era dos maiores consumidores a nível mundial, sendo oportuno que se desenvolvessem políticas públicas para melhorar esse quadro e reforçar a descida do consumo *per capita*. Nesta altura, também o consumo episódico pesado começou a apresentar uma dimensão mais preocupante, nomeadamente no grupo populacional dos jovens e jovens adultos. Também os dados apresentados do consumo entre adolescentes em meio escolar demonstraram percentagens elevadas de consumidores nesta população e a presença de um consumo episódico pesado numa percentagem importante dos consumidores.

Na segunda metade dos anos 2000, ao fim de alguns anos de existência do PACA, a tendência de estabilização do consumo *per capita* foi indicada por estimativas internacionais, mas também foi identificada uma subida da percentagem da população em geral que consumiu álcool, presente em ambos os inquéritos nacionais na população realizados em 2005/06 e em 2007. Essa tendência na população em geral foi substancialmente reforçada pelos dados apresentados do consumo entre adolescentes em meio escolar entre os anos de 2006 e 2007, que apresentaram percentagens muito mais elevadas, tanto de consumidores nesta população como de consumo episódico pesado relativamente ao início dos anos 2000.

Estes dados demonstram não só a falta de um efeito positivo das medidas do plano alcoólico vigente (PACA), mas também a necessidade de intensificação e reforço das políticas do álcool dirigidas à população em geral.

Na década de 2010, os resultados do INS de 2014 foram particularmente importantes para avaliar o impacto do PNRPLA, que só introduziu as suas últimas intervenções em 2012/2013. Esse inquérito identificou um aumento muito significativo da percentagem de consumidores na população, após uma relativa estabilização na década de 2000 e indícios de ter ocorrido mesmo uma redução do consumo no início da década de 2010. Esse aumento parece ter atingido todos os grupos etários, seja da população ativa, seja da população acima dos 65 anos. Todavia, o INCSP de 2012 havia identificado uma redução do consumo na população em geral, num ano particularmente marcado pela crise económica que atingiu o país, em que os efeitos do PNRPLA 2010-2012 ainda não estariam consolidados e intervenções consistentes dirigidas à população em geral não tinham sido implementadas.

Por outro lado, os dados apresentados do consumo entre adolescentes em meio escolar em 2011, quando o PNRPLA tinha apenas começado a sua fase de implementação, também apresentaram dados divergentes entre inquéritos.

O INME apresentou em 2011 um aumento ainda maior das percentagens de consumidores, tanto no 3º ciclo como no Secundário, quando em 2006 já tinha aumentado em relação ao início da década de 2000. Em 2011, esse inquérito apresentou também um aumento da percentagem de consumidores com situações de embriagues em relação a 2006.

Já o ESPAD apresentou, em 2011, uma redução das percentagens de consumidores na população adolescente aos 16 anos, tendência que se confirmou em 2015. Igualmente a partir de 2011 ocorreu uma diminuição da presença de um padrão de consumo episódico pesado (*binge drinking* e embriaguez) dos consumidores, quando comparado com a década de 2000.

Estes dados não refletem em si só um efeito positivo das medidas do plano alcoológico vigente (PNRPLA 2010-2012), quer pelo pouco tempo de implementação em relação aos dados de 2011 e 2012 disponíveis, quer pela influência de outros fatores contextuais presentes neste período. Os dados de 2014 e 2015 disponíveis apresentam tendências opostas para a população em geral e a população adolescente. Contudo, foram feitos avanços em relação às políticas públicas dirigidas a menores, tanto a nível legislativo como nas práticas de fiscalização, posteriores ao PNRPLA, o que não ocorreu na mesma intensidade em relação a medidas dirigidas à população em geral.

Tendo como referência as prevalências de consumo nos últimos 12 meses apresentadas no ESPAD, pode-se constatar que estas estão acima dos valores descritos para os mesmos indicadores no INS para a população em geral (15 anos ou mais) e no INCSP para a população ativa (15-64 anos) na mesma década, o que demonstra a grande exposição dos jovens ao álcool.

No início da década de 2010, pareciam estar a ocorrer mudanças dos padrões de consumo na população em geral e particularmente na população adolescente, mais afetada pelos efeitos da crise económica no consumo. Nesta altura existia já uma maior sensibilização social para o problema do consumo abusivo na adolescência adquirida no decorrer dos anos anteriores. As possíveis mudanças identificadas poderiam estar associadas a esses fatores. A partir de 2013, alterações na legislação de venda de bebidas alcoólicas a menores podem ter reforçado a redução dos padrões de consumo nos adolescentes, que são identificados nos indicadores do ESPAD em 2015.

Em termos gerais a oportunidade de se reforçar as medidas do plano alcoológico (PNRPLA) durante os anos em que se instalou a crise económica e aumentou a consciencialização social, não parece ter sido aproveitada atempadamente, com vista a potenciar os efeitos positivos da potencial redução do consumo de álcool, pelo menos no que respeita a população em geral. Os resultados na população adolescente parecem ser beneficiados por uma mudança natural dos padrões mais pesados de consumo, reforçada por medidas que foram introduzidas ainda em tempo oportuno, como a proibição de venda a menores. De acordo com as tendências descritas, continua a existir a necessidade de se implementarem políticas do álcool dirigidas à população em geral, bem como complementar e manter um reforço das medidas já dirigidas a adolescentes.

Os dados descritos e analisados apresentaram um quadro em que as necessidades de políticas do álcool em Portugal são constantes e as tendências de consumo de álcool não parecem ter sido contrariadas pelas políticas públicas instituídas pelos planos alcoológicos criados e implementados entre 1999 e 2013. Alguns dados posteriores a essa data podem já ter sido beneficiados por legislação e intervenção desenvolvida a partir de 2013, o que pode servir de estímulo para se reforçarem as políticas públicas efetivas, caso isso se confirme.

Uma melhor compreensão das razões para essa ausência de impacto significativo dos planos alcoológicos só pode ser obtida a partir de uma análise da forma como as políticas públicas do álcool foram criadas e implementadas em Portugal.

CAPÍTULO III – POLÍTICAS DO ÁLCOOL EM PORTUGAL (1999-2013)

1. INTRODUÇÃO

A criação de um roteiro de apresentação dos resultados sobre as políticas do álcool e identificação das suas determinantes a partir do início do século XXI levou a que se desenvolvesse a análise através dos ciclos políticos e se estruturasse o trabalho a partir dos dois períodos de influência dos planos alcoolológicos nacionais, coordenados pelos organismos no MS responsáveis pelas políticas do álcool (ver Figura 14):

- O Plano de Ação Contra o Alcoolismo (PACA) – de 1999 a 2006 (coordenado pela DGS)
- O Plano Nacional para a Redução dos Problemas Ligados ao Álcool (PNRPLA) – de 2007 a 2013 (coordenado pelo IDT/SICAD)

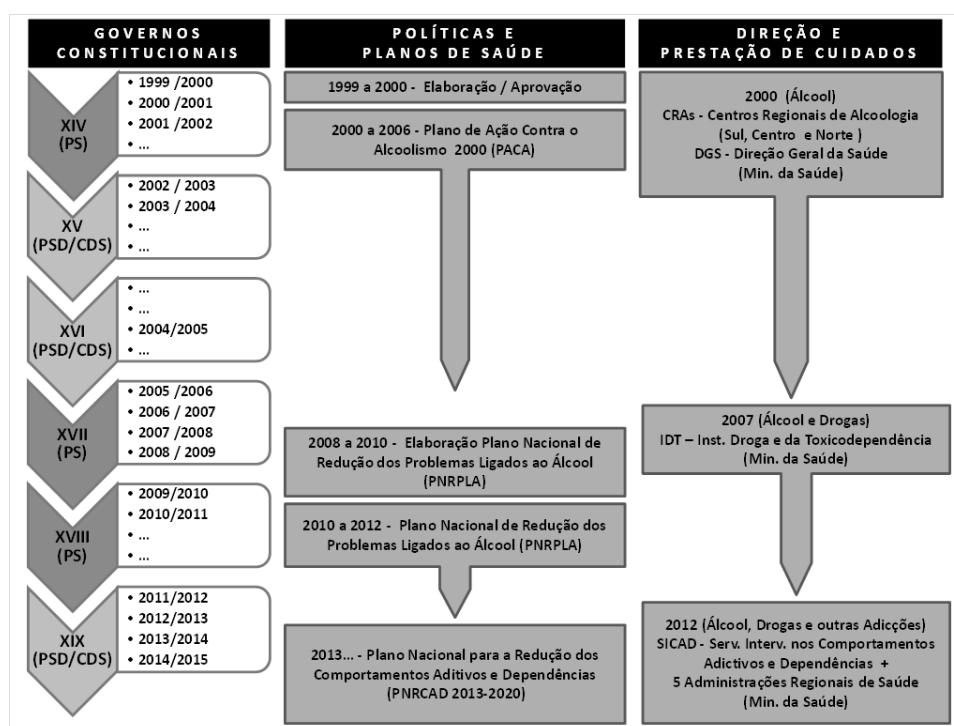


Figura 14 - Cronologia dos governos de Portugal, do desenvolvimento das políticas do álcool e dos organismos públicos responsáveis da área da saúde

Aplicando o modelo lógico ao ciclo das políticas (que inclui as iniciativas para uma tomada de decisão política sobre os PLA e o conjunto de políticas públicas adotadas e a implementar) aos dois períodos em causa, definiu-se a sequência lógica das políticas do álcool relativas a cada plano. Assim, em termos estruturais, cada um dos períodos dos planos está subdividido em: (1) processo de criação de políticas do álcool (a elaboração e a tomada de decisão política) e (2) processo de implementação das políticas públicas do

álcool (a concretização e a prática das políticas públicas), que se desenvolvem em etapas/momentos (ver Anexo 3).

Em termos práticos essa divisão ajuda a compreender o foco do processo em causa ao longo do tempo, todavia as influências e tomadas de decisões políticas em relação aos planos que foram criados num dado momento continuam a ocorrer no período seguinte, dedicado a implementação dos planos, fruto de novas circunstâncias, sendo descritas no contexto da implementação.

1.1. PROCESSO DE CRIAÇÃO DE POLÍTICAS DO ÁLCOOL: A ELABORAÇÃO E A TOMADA DE DECISÃO POLÍTICA (VER ANEXO 3)

Utilizando o modelo lógico do processo de tomada de decisão política e as suas etapas, as evidências recolhidas foram inseridas em cada etapa/momento a que correspondiam: (1) Os subsídios do plano (*Inputs*), que influenciam a atividade política e a escolha dentre alternativas; (2) A atividade de construção do plano possível (*Withinputs*), que enformam a tomada de decisão sobre as políticas do álcool e a seleção do conjunto de medidas a adotar; (3) O plano como resposta política a uma tomada de decisão (*Outputs*), que caracteriza e dá forma à tomada de decisão política.

Na descrição e análise do processo de elaboração em si procura-se abordar cada etapa ou momento dentro das dimensões (i) contexto social e de saúde (Ambiente Externo e Interno) e (ii) arena dos atores sociais (Sistema Político; Sociedade Civil, ONGs e Comunidade de Saúde; Indústria do Alcool).

As respostas produzidas por esse processo, em termos de planos e medidas, são analisadas à vista de (i) medidas estruturais existentes, e (ii) medidas de políticas públicas do álcool diversas: (1) Medidas para a condução sob o efeito do álcool; (2) Estratégias de educação e persuasão (inclui a educação, comunicação, formação e consciencialização pública e a embalagem e rotulagem de produtos com álcool); (3) Preços e taxas com vista a reduzir os danos causados pelo álcool; (4) Regulação do acesso físico ao álcool (inclui as restrições à disponibilidade de álcool e a venda a menores); (5) Regulação do marketing e da promoção do álcool (inclui publicidade, promoção e patrocínio); (6) Modificação de contextos de consumo de álcool (inclui a redução de danos no consumo de álcool e nos ambientes envolventes) e (7) Intervenções precoces e tratamento (inclui as intervenções no consumo de risco e nocivo de álcool e dependência de álcool e as intervenções e assistência aos familiares de pessoas com dependência de álcool).

1.2. PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DO ÁLCOOL: A CONCRETIZAÇÃO E A PRÁTICA DAS POLÍTICAS PÚBLICAS (VER ANEXO 3)

Utilizando o modelo lógico do processo de implementação de políticas públicas e as suas etapas, as evidências recolhidas foram inseridas em cada etapa/momento a que correspondiam: (1) os subsídios das políticas públicas do plano (*Inputs*) que influenciaram o processo de concretização das políticas públicas do plano; (2) A atividade de construção das medidas de regulação e alocação de recursos do plano, através de legislação e intervenções no sistema; (3) o desenvolvimento das suas práticas legislativas e administrativas (*Withinputs*) e as respostas e mudanças resultantes dessa implementação nos ambientes e comportamentos (*Outputs*).

Os impactos e as alterações no estado de saúde (*Outcomes*) podem ser melhor analisados tendo em conta as tendências presentes dos indicadores de saúde populacionais relacionados com o consumo de álcool, que foram já abordados noutro capítulo dedicado a tendências do consumo de álcool e políticas do álcool em Portugal.

Na descrição e análise do processo de implementação procura-se abordar cada etapa ou momento dentro das dimensões (i) contexto social e de saúde (Ambiente Externo e Interno) e (ii) arena dos atores sociais (Sistema Político; Sociedade Civil, ONGs e Comunidade de Saúde; Indústria do Alcool).

As respostas produzidas por esse processo em termos de medidas e práticas são analisadas à vista de (i) medidas estruturais existentes, e (ii) medidas de políticas públicas do álcool diversas: (1) Medidas para a condução sob o efeito do álcool; (2) Estratégias de educação e persuasão (inclui a educação, comunicação, formação e consciencialização pública e a embalagem e rotulagem de produtos com álcool); (3) Preços e taxas com vista a reduzir os danos causados pelo álcool; (4) Regulação do acesso físico ao álcool (inclui as restrições à disponibilidade de álcool e a venda a menores); (5) Regulação do marketing e da promoção do álcool (inclui publicidade, promoção e patrocínio); (6) Modificação de contextos de consumo de álcool (inclui a redução de danos no consumo de álcool e nos ambientes envolventes) e (7) Intervenções precoces e tratamento (inclui as intervenções no consumo de risco e nocivo de álcool e dependência de álcool e as intervenções e assistência aos familiares de pessoas com dependência de álcool).

2. A CRIAÇÃO DO PACA - PLANO DE AÇÃO CONTRA O ALCOOLISMO (1999-2000)

O processo de elaboração e tomada de decisão política sobre a criação do Plano de Ação Contra o Alcoolismo (PACA) abrangeu parte do XIV Governo Constitucional liderado pelo PS (25/10/1999 - 6/04/2002). Alguns subsídios entretanto já estavam em desenvolvimento no governo anterior liderado pelo mesmo partido e Primeiro-ministro, no XIII Governo Constitucional liderado pelo PS (28/10/1995 - 25/10/1999).

A seguir, descreve-se e analisa-se o contexto e as ações empreendidas pelos atores, governativos e político-partidários, bem como grupos de interesse e de pressão, que procuraram influenciar as políticas públicas relacionadas como os PLA. Todos fatores que determinaram a criação e o conteúdo das políticas públicas do PACA.

2.1. OS SUBSÍDIOS DO PACA (INPUTS)

Na segunda metade da década de 1990 houve a constatação da existência de níveis de consumo de álcool muito elevados em alguns países europeus, incluindo Portugal. Ocorreram também e em consequência, estímulos internacionais e nacionais à criação de políticas do álcool mais organizadas em Portugal. Este clima, associado a uma maior abertura do novo Governo e MS (Out. 1996 / Out. 1999) para abordar os PLA, permitiriam o desenvolvimento técnico de políticas ligadas aos PLA a nível interministerial, que foram assumidas por decisão política governamental no início dos anos 2000 (Carvalho, 2004, 2003).

2.1.1. Contexto Social e de Saúde

- **Ambiente Externo: Incentivos das organizações europeias e internacionais no final da década de 1990**

A nível internacional, a avaliação do Plano de Ação Europeu sobre o Alcool da OMS (1992-1999) (Roth, 1999)⁷⁵, as recomendações para a concretização de um novo Plano para o período de 2000-2005 (Osterberg & Simpura, 1999)⁷⁶ e o próprio Plano de ação

⁷⁵ Documentos de Arquivo da DGS: - 19990830_05c WHO_EU alcohol plan evaluation 1992_98; - 19990916_05c WHO_EU Plan alcoolisme evaluation phases I et II e adoption phase III.

⁷⁶ Documento de Arquivo da DGS: - 19990830_05c WHO_EU strategies evidence.

Europeu sobre o Álcool 2000-2005 (WHO, Regional Office for Europe, 1999), durante o segundo semestre de 1999, levaram também a que Portugal se compromettesse com o desenvolvimento de medidas concretas como resposta a essas orientações.

A própria iniciativa da Direção-Geral de Saúde de organizar o Simpósio Europeu sobre Prevenção Comunitária dos Problemas Ligados ao Álcool, no Porto, de 18 a 20 de Novembro de 1999, apoiada pela ENLAPRE (*European Network on Local Alcohol Prevention, Research and Evaluation* / Rede Europeia para a Prevenção Comunitária, Pesquisa e Avaliação dos Problemas Ligados ao Álcool) como promotor e em colaboração com a UE e a Região Europeia da OMS, serviu como impulsionador estratégico de mobilização de uma rede portuguesa para os PLA. No documento de apresentação do Simpósio⁷⁷, está descrita um calendário sintético das iniciativas internacionais que demonstram a importância do assunto e a oportunidade de se desenvolver uma política do álcool:

«O álcool é um dos determinantes mais importantes da saúde na União Europeia e tem sido prestada uma atenção crescente à sua relação com a saúde e problemas socioeconómicos nas sociedades europeias. Para os anos de 1999 e 2000, foram calendarizados importantes eventos na União Europeia no campo do Álcool e da Saúde, nomeadamente:

- A UE está a promover o estudo dos problemas ligados ao Álcool e do impacto das respetivas políticas em quase todos os estados membros;*
- A UE já publicou importantes relatórios tais como "O Álcool e a Família" e "Panorâmica Geral Sobre as Políticas Nacionais Ligadas ao Álcool nos 15 Países da União Europeia".*
- A UE constituiu um importante grupo de peritos ("Álcool e Saúde") que está a trabalhar numa proposta para uma Recomendação do Conselho Acerca do Consumo de Álcool nas Crianças e nos Adolescentes;*
- Alguns países da UE estão a tentar lançar a discussão sobre uma possível política relacionada com o álcool e a saúde pública para a União Europeia;*
- A OMS está a trabalhar no segundo Plano Europeu para o Álcool;*
- A Carta Europeia para o Álcool, adaptada em Paris em 1995 pelos membros da Região Europeia da OMS vai ser avaliada;*
- A conferência sobre Álcool e Saúde da OMS será dedicada ao álcool e aos jovens e terá lugar em Estocolmo, em Dezembro do ano 2000.»*

Da mesma forma, mais adiante no tempo e no âmbito da presidência portuguesa da EU em 2000, as recomendações produzidas pelo grupo de trabalho sobre o álcool, integradas nas atas da conferência "Determinantes de Saúde na União Europeia" (Portugal, Ministério da Saúde, 2000^a), confirmaram e alargaram as informações sobre os indicadores do consumo de álcool e dos PLA, bem como reforçaram a necessidades de se adotar estratégias de Saúde Pública no setor da Saúde e em outros setores.

• Ambiente Interno: as Políticas de Saúde no final da década de 1990

É de referenciar que já em 1996, o documento "Saúde em Portugal: uma Estratégia de Saúde para o virar do século", referia os PLA como um problema de Saúde Pública, com dados preocupantes sobre os níveis de consumo. Na sua sequência, a Estratégia de Saúde 1998-2002 definiu metas de redução do consumo de álcool, nomeadamente em populações mais vulneráveis, redução dos danos à saúde e implementação de formação dos profissionais de saúde e educação a ser alcançadas até o ano de 2002 (e até 2007, apesar do horizonte alargado). Estas metas se mostravam de difícil concretização diante das circunstâncias existentes: uma estrutura de saúde deficitária e com políticas públicas de alocação de recursos ainda por definir, bem como a falta de enquadramento, regulação e apoio para as políticas do álcool, que permitisse a sua implementação rápida

⁷⁷ Documentos de Arquivo da DGS: - 19991103_05a INFO DSPSM DG; - 19991118_05c SIMPOSIO apresentação.

e eficaz. No final da década de 1990 essa situação chegou ao seu expoente máximo e era objeto de análise sistemático das autoridades de saúde. Um enxerto de uma informação sintética datada de Novembro de 1999 produzida pela DSPSM da DGS e intitulado “Intervenção em Alcoologia”⁷⁸ ilustrava logo nas suas primeiras linhas este aspeto:

«De acordo com dados internacionais insuspeitos, desde 1996 que Portugal apresenta o maior índice mundial de consumo de bebidas alcoólicas (11,2 litros de etanol per capita, que aumentou para 11,3 em 1997) com algumas particularidades não menos preocupantes em termos de Saúde Pública:

- Consumos crescentes e de maior risco entre os jovens e em idades progressivamente mais baixas;*
- Consumos também crescentes no sexo feminino, particularmente inconvenientes por existir maior suscetibilidade biológica ao álcool e pelos riscos para terceiros pelo uso (comum) durante a gravidez e amamentação;*
- Relação direta com os elevados índices de sinistralidade automóvel e, provavelmente, laboral;*
- Relação direta e indireta com as dificuldades de aprendizagem infanto-juvenil, a estabilidade emocional dos intervenientes e muitas situações de violência familiar e pública.»*

A evolução do consumo de álcool e dos PLA impunham uma ação mais enérgica para lidar com os PLA. Algumas outras iniciativas na área da Saúde também criavam um clima favorável ao desenvolvimento de um plano mais estruturado para os PLA. Duas iniciativas políticas importantes marcaram o panorama da Saúde em áreas próximas dos PLA no final dos anos 1990, estimulando que as políticas do álcool fossem também objeto de um planeamento político.

Primeiramente, a Lei da Saúde Mental⁷⁹, aprovada em 1998, que estabeleceu os princípios gerais da política de saúde mental e regulou o internamento compulsivo dos portadores de anomalia psíquica, designadamente das pessoas com doença mental. As medidas do diploma incluíam ações de prevenção primária, secundária e terciária da doença mental, bem como as ações que contribuíssem para a promoção da saúde mental das populações. A sua importância global prendeu-se a criação de um novo paradigma de cuidados de saúde, com a adoção de um modelo caracterizado pela descentralização, desinstitucionalização e reintegração social, profissional e familiar (modelo sociocomunitário), em detrimento do modelo hospitalar ou asilar para os doentes portadores de anomalia psíquica. A sua regulamentação, através do Decreto-Lei n.º 35/99, de 5 de Fevereiro, definiu que “os serviços prestadores de cuidados especializados de saúde mental se organizam a nível regional e local, aqui de forma integrada e em estreita articulação com os restantes serviços e estabelecimentos de saúde, para garantia da unicidade e continuidade da prestação de cuidados e da promoção da saúde mental” (artigo 6º) e que os Centros de Alcoologia seriam Serviços Regionais de Saúde Mental, competindo-lhes “prestar apoio e funcionar de forma complementar aos serviços locais de saúde mental das regiões de saúde, de acordo com o planeamento definido a nível nacional para o sector” (artigo 7º).

Também a Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga (ENLCD)⁸⁰ foi um impulso importante para o que se poderia fazer nos PLA. Esta estratégia se iniciou com a constituição pelo Governo em 1998 de uma Comissão com o objetivo de propor ao Governo linhas de ação suscetíveis de o auxiliar na formulação de uma estratégia global de intervenção na área das drogas e das toxicodependências⁸¹. O trabalho desta Comissão permitiu que em 1999 fosse aprovada a Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga (ENLCD), representando um marco da política da droga significativo. A partir de

⁷⁸ Documento de Arquivo da DGS: - 19991103_05a INFO DSPSM DG.

⁷⁹ Lei n.º 36/98, de 24 de Julho. Publicada no Diário da República, I série-A, n.º 169.

⁸⁰ Resolução de Conselho de Ministros n.º 46/1999, de 26 de maio.

⁸¹ Despacho do Ministro Adjunto do Primeiro-Ministro nº3229/98 publicado no D.R. de 16.02.98 II Serie.

um diagnóstico aprofundado, a Estratégia definiu através de planeamento cuidado a definição de uma grande dimensão de recursos financeiros e criação de estruturas, uma produção de legislação, programas de prevenção, tratamento e reinserção a serem realizados no decorrer da década de 2000 que se seguiria.

2.1.2. Arena dos Atores Sociais

- **Sistema Político: Apoio e limitações dos Partidos Políticos e Governo no final da década de 1990**

O final da década ficaria marcado pela criação, a partir de uma Resolução do Conselho de Ministros de 8 de Maio de 1999⁸², de uma “Comissão Interministerial para analisar e integrar os múltiplos aspetos associados a luta contra o alcoolismo num plano de ação que reforça e aprofunda a implementação do disposto na estratégia da saúde” - “Saúde em Portugal: uma Estratégia da Saúde para o virar do século 1998-2002” (Portugal. Ministério da Saúde. DGS, 1998^a) - que já abordava os PLA como uma prioridade. A Comissão Interministerial (presidida pelo Ministério da Saúde e composta pelos Ministérios da Educação, do Trabalho e Solidariedade, da Agricultura, do Desenvolvimento Rural e das Pescas, da Administração Interna, da Justiça e da Economia, mais a Secretaria da Juventude) recebe como principal missão elaborar um “Plano de Ação contra o Alcoolismo”. Neste mesmo diploma o Ministério da Saúde é incumbido de organizar em colaboração com demais ministérios uma conferência consultiva e o Governo se compromete a intensificar da colaboração internacional e apoiar realização do “Simpósio Europeu sobre Prevenção Comunitária dos Problemas Ligados ao Alcool”, que ocorreria no Porto, entre 18 e 20 de Novembro de 1999, fruto de uma candidatura à UE por parte da Direção Geral da Saúde (Carvalho, 2004, 2003).

- **Sociedade Civil, ONGs e Comunidade de Saúde: Pedidos e exigências da Comunidade de Saúde no final da década de 1990**

Não só a situação epidemiológica e os indicadores de saúde demonstrativos do agravamento dos PLA serviram de base para a maioria das reivindicações oriundas da Comissão Interministerial e da comunidade ligada aos serviços de saúde nesta área. Um argumento comparativo sobre a desigualdade de investimentos e recursos foi também bastante utilizado, como se pode ver na informação de Novembro de 1999, produzida pela DSPSM da DGS, sobre “Intervenção em Alcoologia”⁸³:

«Por motivos que parecem ter decorrido da preocupação prioritária da sociedade e dos responsáveis políticos com as toxicodependências ilegais, álcool-dependência foi desinvestida durante a primeira metade embora se estime existirem 1.000.000 de bebedores excessivos alcoólicos contra 80.000 heroinómanos.»

As exigências e reivindicações da comunidade científica se estenderam aos serviços de saúde disponíveis para os PLA e suas funções, bem como a demora do Governo em dar resposta a essas necessidades de saúde. Durante o discurso encerramento do “Simpósio Europeu sobre Prevenção Comunitária dos Problemas Ligados ao Alcool”, em Novembro de 1999, o responsável da DGS descrevia a situação dos CRAs e da necessidade de desenvolvimento dessas unidades e da RAN e relatava⁸⁴:

«Os Centros de Alcoologia foram criados em 1988 e redefinidos na sua ação em 1995, mas em consequência do desinvestimento verificado em todo o sector da Saúde Mental entre 1990 e inícios de 1996 não tiveram a atenção que a sua missão e a problemática existente exigiam. Como resultado, Portugal figura como um dos países de maior consumo de bebidas alcoólicas, com crescimento particularmente preocupante em dois grupos de maior suscetibilidade - os jovens e as mulheres- e comprovadas

⁸² PORTUGAL - Resolução do Conselho de Ministros 40/99, de 8 de Maio. Estabelece uma Comissão Interministerial para analisar e integrar os múltiplos aspetos associados a luta contra o alcoolismo. (b)

⁸³ Documento de Arquivo da DGS: - 19991103_05a INFO DSPSM DG.

⁸⁴ Documento de Arquivo da DGS: - 19991120_05c simpósio alcoologia.

implicações, entre outros, nos elevados índices de acidentes de viação. (...)

Do debate havido no seminário satélite em língua portuguesa destacaram-se como ideias chave que os Centros Regionais de Alcoologia deverão ter como missão desenvolver metodologias de abordagem à prevenção, tratamento e reabilitação, em particular na vertente da dependência e da compulsão ao consumo, bem como de apoio à atividade das unidades funcionais de intervenção alcoológica dos serviços locais de saúde mental.

Em particular deverão ser atribuições dos Centros de Alcoologia:

- a) Promover a articulação dos vários tipos de intervenção no âmbito da alcoologia;*
- b) Promover e coordenar ações de formação, em particular junto dos ~gentes de saúde e de educação, no âmbito da promoção e educação para a saúde, prevenção, tratamento e reabilitação;*
- c) Promover e colaborar na realização de estudos epidemiológica, por si ou em colaboração com outras entidades públicas ou privadas;*
- d) Apoiar as ONG vocacionadas para intervenção no sector, em particular a nível de grupos de autoajuda de utentes e familiares;*
- e) Desenvolver metodologias para a prevenção, tratamento e reabilitação sobretudo na vertente da dependência e da compulsão ao consumo;*
- f) Promover e apoiar a investigação biopsicossocial na área da alcoologia;*
- g) Desenvolver projetos e programas de prevenção, tratamento e reabilitação no âmbito da alcoologia, por si e em cooperação com entidades públicas ou em colaboração com entidades privadas;*
- h) Colaborar na garantia de continuidade do tratamento dos doentes do foro alcoológico;*
- i) Promover ações de educação e de promoção para a saúde no âmbito da alcoologia;*
- j) Coordenar, no âmbito da sua área de intervenção, as atividades de combate ao alcoolismo;*
- k) Colaborar na investigação e na formação pré e pós graduada;*
- l) Facultar apoio técnico a entidades públicas e privadas;*
- m) Cooperar com entidades europeias ou internacionais.»*

Ainda em Setembro de 2000, durante uma comunicação⁸⁵ num Congresso sobre sistemas de saúde ocorrido no Porto, o Dr. Arnaldo Droux, psiquiatra e Chefe de Serviço Hospitalar do Hospital Conde de Ferreira, referia em relação à problemática dos Centros de Alcoologia e da Rede Alcoológica:

«(...)Atualmente, os 3 Centros Regionais, continuam integrados no Serviço Nacional de Saúde, como instituições com autonomia administrativa, mas com capacidade de resposta, direta, reduzida por escassez de espaço e de recursos humanos.

É certo que, essencialmente, visavam, na continuidade da tradição anterior, a formação de outros profissionais, nomeadamente de médicos de família, para as tarefas assistenciais.

Acontece que, ao longo de mais de 10 anos, os restantes serviços de psiquiatria e saúde mental foram desinvestindo da alcoologia e, muito recentemente, os próprios médicos de família perdem os estímulos pois os doentes alcoólicos não fazem parte dos denominados grupos de risco (doentes que valorizam a avaliação do trabalho do médico de família) dos novos sistemas remuneratórios e, ainda, com a publicação da Portaria 982/99 (apesar de louvarmos a sua boa intenção), a participação do Estado é menor, para neurolépticos e anti depressivos por eles receitados, comparativamente ao que sucede quando a prescrição é feita por psiquiatras ou neurologistas.

Tudo se conjugou para que o médico de família, outrora o pilar fundamental da alcoologia nacional, se afastasse cada vez mais, invocando, até, o interesse do doente.(...)»

- **Indústria do Alcool: Apoios e limitações estratégicas impostas pela Indústria do Alcool no final da década de 1990**

Dentre os documentos arquivados neste período, não se encontra nenhuma referência clara e objetiva a alguma oposição ou interferência para obstruir diretamente um plano alcoológico ou alguma medida específica por parte de entidades externas ou corporações. A única menção encontrada refere-se a uma carta enviada a Ministra da Saúde do novo Governo em 1999 da AREV (Assembleia das Regiões Europeias Vitivinícolas)⁸⁶. Apesar de esclarecerem que não apoiam o consumo excessivo de vinho, a carta têm a intenção de alertar para um potencial dano que uma campanha de

⁸⁵ Documento de Arquivo da DGS: - 20000922_09 politica drogas em PT Arnaldo Droux.

⁸⁶ Documento de Arquivo da DGS: - 19991111_05c AREV Viniculas MS.

prevenção ao consumo de álcool poderia causar ao vinho e pedir que a ministra intercedesse de forma a proteger a sua imagem:

«Uma das nossas preocupações tem sido a necessidade de distinguir vinho e álcool, alcoolismo e consumo de vinho» e «...manifestar a nossa discordância com o frequente, abusivo e indevido uso da imagem do vinho nas campanhas antialcoólicas».

Utilizando-se nessas campanhas sistematicamente a imagem do vinho, confunde-se o consumidor e prejudica-se um dos setores agrícolas e socioeconómicos mais importantes da Europa.

A AREV condena vigorosamente o consumo excessivo de vinho e tem procurado desenvolver esforços de sensibilização e educação para um consumo de qualidade, racional e moderado, não só como ato alimentar (...), mas também como eminente gesto cultural.

Em consequência, a AREV apela a Vossa Excelência (Ministra da Saúde) para que, na sua área de competência, não permita a utilização da imagem do vinho de forma abusiva e danosa.»

Nesta carta já se identifica algumas estratégias utilizadas sistematicamente pela Indústria do Álcool, como fazer uso da sua importância económica para fazer valer os seus pontos de vista e argumentar que o consumo de determinadas bebidas alcoólicas é um gesto cultural e portanto as medidas políticas de saúde devem ser relativizadas e adaptadas a cada realidade.

2. 2. A ATIVIDADE DE CONSTRUÇÃO DO PACA POSSÍVEL (WITHINPUTS)

A fase de elaboração do plano alcoológico, bem como a criação da RAN e reestruturação dos CRAs foi feita diretamente pelos serviços competentes (DGS, DSPSM e Conselho Técnico de Alcoologia) e Ministério da Saúde, com a colaboração de outros ministérios para os assuntos de atuação conjunta. O Governo, enquanto responsável pela iniciativa e compromisso assumido aparece como entidade apoiante, enquanto os partidos políticos demonstram uma atenção crescente para com as políticas do álcool.

A participação efetiva da sociedade e da comunidade científica e técnica ficaria restrita a troca de ideias ocorrida durante o Simpósio Europeu ocorrido em Novembro de 1999, todavia mesmo neste evento o principal interlocutor era a DGS e o MS.

Assim, as intervenções aqui identificadas cingem-se basicamente às atividades da Administração Pública, do Governo e aos Partidos Políticos.

2.2.1. Contexto Social e de Saúde

- **Ambiente Interno: Iniciativas nacionais para uma política do álcool**

A primeira apresentação pública sobre as iniciativas de desenvolvimento de uma política do álcool em Portugal, após a criação da Comissão Interministerial para o efeito, ocorreu com “Simpósio Europeu sobre Prevenção Comunitária dos Problemas Ligados ao Álcool”, no Porto, entre 18 e 20 de Novembro de 1999, já na vigência de um novo Governo que tomou posse em Outubro de 1999.

Num documento de informação da DSPSM da DGS abordando intervenção em alcoologia⁸⁷, do qual foi dado conhecimento ao Ministro da Saúde do Governo recém-empossado, sobre a intervenção em alcoologia, datado de Novembro de 1999, o responsável da DSPSM da DGS relatava a ação com estratégica no âmbito da criação de um plano alcoológico em desenvolvimento e citava a importância e a oportunidade da intervenção do Ministério no evento, inclusive para promover a aprovação de legislação sobre a RAN que havia sido enviada a ministra da Saúde do anterior Governo:

⁸⁷ Documento de Arquivo da DGS: - 19991103_05a INFO DSPSM DG.

«Para além do impacto público que o assunto vem tendo através dos principais órgãos de comunicação escrita e televisiva, decidiu-se aproveitar a sensibilização interna para dinamizar a constituição de uma Rede Alcoológica Nacional, traduzível no imediato na realização de um Seminário (satélite ao Simpósio Europeu).

(...)

Neste contexto, solicita-se a definição de quem preside à cerimónia de abertura do Simpósio (dia 18, das 9 às 10,30 horas, com uma intervenção prevista de 5 minutos) e sugere-se que entretanto fosse analisado pelo atual Gabinete Ministerial o projeto de decreto-lei sobre a regulamentação da Rede Alcoológica por se afigurar vantajosa a sua divulgação durante o Simpósio Europeu.»

O documento que contém o discurso de abertura do Simpósio⁸⁸ apresentava a situação das políticas do álcool em Portugal como deficitária e, apesar de não assumir nenhuma medida concreta naquele momento, preconizava as medidas sobre o plano alcoológico e a RAN que estavam a ser estudadas no contexto vigente:

«The Mental Health Network, recently restructured, is formed by regional (such as Alcoholology Centres) and local community services, integrated in a general hospital and linked by primary health units.

Alcoholology Centres were created in 1988 and their action was redefined in 1995 but since between 1990 and the first part of 1996 there was a short investment and an absence of a structural policy in the Mental Health sector, they didn't have the necessary attention. That's why the first European Action Plan wasn't put in practice among us.

As a result, Portugal is one of the highest alcoholic drinks consumer, with unavoidable series repercussions in terms of Public Health, standing out particularly preoccupant growth in two more susceptible groups - adolescents and women - and compared implication, among others, in the high road accidents rates.

Only with the previous government this situation was object of a careful analyse which started in the General Directorate of Health through the Alcoholology Technical Council. This issue is one of the main objectives of the Ministry of Health strategy for the 1998 to 2002 period.

An Interministerial Committee, presided by the Ministry of Health, was created by the resolution of the Council of Ministers nº 40/99, which prepares the proposal Alcoholology Action Plan.»

O discurso de encerramento do Simpósio⁸⁹ descrevia igualmente o ponto da situação das políticas, em que nenhuma decisão ainda havia sido tomada pelo Governo:

«O Plano de Ação Alcoológico encontra-se em fase de apreciação na especialidade por urna Comissão Interministerial nomeada para o efeito e cujas recomendações serão posteriormente apreciadas pelo Governo. (...)

A constituição da Rede Alcoológica aguarda a apreciação em Conselho de Ministros de um projeto de diploma que a cria, no âmbito da reestruturação dos Serviços de Saúde Mental recentemente concretizada.»

2.2.2. Arena dos Atores Sociais

• Sistema Político: Partidos Políticos, Governo e Administração Pública

A atividade de regulamentação da RAN e reestruturação dos CRAs

Nos documentos de informação da DGS ao Ministro da Saúde do Governo recém-empossado, abordando a intervenção em alcoologia e datados de 3 e 11 de Novembro de 1999⁹⁰, o responsável da DSPSM da DGS relatava o ponto da situação da criação de uma Rede Alcoológica e remetia cópia do projeto de diploma legislativo:

«Na sequência da reestruturação em curso no sector da Saúde Mental, em que se inclui a intervenção alcoológica, foi delineada uma estratégia que tem várias vertentes: (...)

⁸⁸ Documento de Arquivo da DGS: - 19991118_05c alcohol symposium openning speech.

⁸⁹ Documento de Arquivo da DGS: - 19991120_05c simpósio alcoologia encerramento.

⁹⁰ Documento de Arquivo da DGS: - 19991103_05a INFO DSPSM DG; - 19991111_05b projeto lei RAN e reestruturação CRA.

- Revisão da orgânica dos serviços assistenciais mais diretamente responsáveis pela intervenção no sector, tendo em vista a constituição de uma Rede Alcoológica, expressa em projeto de decreto de lei⁹¹ subscrito por Sua Exa a Ministra Maria de Belém Roseira mas que não terá sido possível agendar para apreciação em Conselho de Ministros.»

Todavia, nenhuma decisão política seria tomada pelo Governo para a criação da RAN até Novembro de 2001. A RAN (que seria constituída pelos CRAs e pelas unidades funcionais dos serviços locais de Saúde Mental) passou a estar agregada a própria reestruturação da Rede de Referência Hospitalar de Psiquiatria e Saúde Mental⁹², que só seria lançada em 7 de Abril de 2001, principal justificação implícita para o adiamento da aprovação do projeto de diploma da RAN. Da entrega do diploma à tutela do MS do Governo cessante, antes de Outubro de 1999, até a efetiva aprovação do diploma que regulamentava a RAN em Conselho de Ministros e a publicação em Novembro de 2000, decorreria mais de um ano sem que essas políticas públicas previstas pudessem ser concretizadas, apesar das referências feitas neste período em diversos documentos enviados pela DGS⁹³ a necessidade da sua aprovação, bem como das expectativas criadas nos serviços, comunidade científica e técnica.

A atividade da Comissão Interministerial para o PACA

De acordo com a análise de uma série de documentos e de correspondência trocada entre os Gabinetes do MS e demais Ministérios envolvidos⁹⁴, a partir da criação da Comissão Interministerial para análise dos problemas ligados ao consumo de bebidas alcoólicas em Portugal, em 8 de Maio de 1999⁹⁵, o processo de constituição desta apresentou algumas dificuldades e atrasos. A coordenação do processo feita pelo Gabinete do MS mostrou-se insuficiente para persuadir os demais envolvidos a colaborar de forma imediata, como se pode comprovar através da troca de correspondência e tempo decorrido. A designação do representante do MS para presidente da Comissão foi pedida pelo Gabinete da Ministra da Saúde em Junho, mas a sua indicação por parte da DGS ocorreria apenas em Agosto, tendo assumido a função o Diretor de Serviços de Psiquiatria e Saúde Mental, o Dr. Álvaro de Carvalho (Fev. 1996 / Out. 2000), que presidia igualmente ao Conselho Técnico de Alcoologia (estrutura de coordenação dos Centros Regionais de Alcoologia). Igualmente, a solicitação do Gabinete da Ministra da Saúde aos outros ministérios foi feita apenas a partir de Junho, mas nem todas as respostas chegaram de imediato. Entre Julho e Agosto foram obtidas respostas com nomeação de representantes de todos os ministérios, com exceção do Ministério do Trabalho e Solidariedade que só respondeu após insistência do pedido já em Setembro de 1999. Tendo sido definida a partida na Resolução do Conselho de Ministros 40/99, que criou a Comissão, que a data limite para apresentação de uma proposta de plano de ação seria a 15 de Setembro, essa indicação não pode ser cumprida. A primeira reunião da Comissão só ocorreria em 29 de Setembro, sendo apresentada nesta altura uma proposta de plano de ação elaborada no seio da DGS/MS, procurando compensar o atraso criado. A Proposta de Plano de Ação Alcoológico, elaborada com a colaboração do Conselho Técnico de Alcoologia e que na prática integrava grande parte dos conteúdos do 1º e 2º plano de ação contra o álcool da Região Europeia da OMS (EAAP -

⁹¹ Documento de Arquivo da DGS: - 19991111_05b projeto lei RAN e reestruturação CRA.

⁹² No âmbito do que ficou definido pela Lei de Saúde Mental (Lei n.º 36/98 de 24 de Julho. Publicada no Diário da República, I série-A, n.º 169) e pela legislação que regulamenta a organização dos serviços assistenciais para o sector (Decreto-Lei n.º 35/99 de 5 de Fevereiro, Publicado no Diário da República, I série-A, n.º 30), que previa um modelo de referência, de articulação estreita entre os cuidados hospitalares e os comunitários.

⁹³ Documentos de Arquivo da DGS: - 19991103_05a INFO DSPSM DG;- 19991111_05b projeto lei RAN e reestruturação CRA; - 19991120_05c simpósio alcoologia encerramento; - 20000204_05a CARTA DSPSM GSES_MS; - 20000911_06a projecto resolução PSD_AR.

⁹⁴ Documentos de Arquivo da DGS: - 19990623_04a CARTA MS DGS representante MS na comissão; - 19990917_06a 1ª reunião da Comissão Interministerial; - 19991020_05a DGS organização da Comissão Interministerial.

⁹⁵ PORTUGAL - Resolução do Conselho de Ministros 40/99, de 8 de Maio. Estabelece uma Comissão Interministerial para analisar e integrar os múltiplos aspetos associados a luta contra o alcoolismo. (b)

European Alcohol Action Plan), para os períodos de 1994/1999 e de 2000/2005 respetivamente, bem como o conjunto de evidências científicas sobre efetividade de políticas disponíveis na altura. A proposta sintetizada do Plano de Ação apresentada a Comissão recebeu a aprovação na generalidade imediata dos membros e foi desenvolvida na especialidade nos meses seguintes. O processo ficaria afetado com a mudança de Governo em Outubro de 1999. Assim, o funcionamento burocrático e a lentidão de algumas respostas da administração pública e dos responsáveis ministeriais acabaram por adiar a tomada de decisão para um próximo governo que não aquele que iniciou o processo.

Num documento de informação da DGS abordando intervenção em alcoologia⁹⁶, do qual foi dado conhecimento ao Ministro da Saúde do Governo recém-empossado, sobre a intervenção em alcoologia, datado de Novembro de 1999, o responsável da DSPSM da DGS relatava o ponto da situação do trabalho da Comissão Interministerial criada no Governo anterior:

«Na sequência da reestruturação em curso no sector da Saúde Mental, em que se inclui a intervenção alcoológica, foi delineada uma estratégia que tem várias vertentes:

- Compromisso governamental alargado, formalizado pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 40./99, de 8 de Maio (anexo 1), estando a Comissão Interministerial então criada a concluir a análise na especialidade da Proposta de Programa Alcoológico avançada pelo Ministério da Saúde (anexo 2⁹⁷).»

Já no final do processo de elaboração, o Plano alcoológico foi reforçado pelas recomendações sobre o álcool saídas da conferência sobre “Determinantes de Saúde na União Europeia”, realizada em Évora no ano 2000 (Portugal. Ministério da Saúde. IDT, 2010; Carvalho 2003; Portugal. Ministério da Saúde, 2000^a).

Comparando a proposta inicial, apresentada pelo MS ainda em 1999⁹⁸ e a final de 2000 produzida e aprovada pela Comissão Interministerial⁹⁹, não foram encontradas grandes alterações ou subversões dos objetivos, conteúdos e ações. Contudo observou-se algumas discordâncias de representantes de Ministérios anotadas no documento em relação a medidas específicas, nomeadamente:

A rotulagem de bebidas alcoólicas com mensagens alertando para os danos causados pelo consumo - não foi subscrita pelo representante do Ministério da Agricultura;

A proibição de patrocínio a quaisquer atividades desportivas, assim como as atividades culturais e recreativas dirigidas ao público juvenil - só foi subscrita pelo representante do Ministério da Agricultura se fosse garantida a sua aplicação a todos os produtos alcoólicos, em particular quando estiverem em causa grandes eventos desportivos e culturais;

O aumento dos impostos e a introdução de taxas aplicáveis às bebidas alcoólicas revertendo para a promoção da saúde e medidas de investigação, prevenção, tratamento e reabilitação dos PLA - não foi subscrita pelo representante do Ministério da Agricultura que não concordou com a criação de novas taxas. O Ministério da Economia absteve-se usando como argumento a necessidade de se ouvir o Ministério das Finanças que não estava representado na Comissão;

A definição de um perímetro em torno dos estabelecimentos escolares e outros destinados a crianças e adolescentes em que seria proibida a instalação de novos

⁹⁶ Documento de Arquivo da DGS: - 19991103_05a INFO DSPSM DG.

⁹⁷ Documento de Arquivo da DGS: - 19991103_05a PROPOSTA (inicial) PLANO ACÇÃO NA AREA DA ALCOOLOGIA.

⁹⁸ Documento de Arquivo da DGS: - 20000000_05a PROPOSTA (inicial) PLANO ACÇÃO NA AREA DA ALCOOLOGIA

⁹⁹ Documento de Arquivo da DGS: - 20000607_05a PROPOSTA DE PLANO DE ACÇÃO ALCOOLOGICO; - 20000709_05a PROPOSTA DE PLANO ALCOOLOGICO; - 20000728_06b CARTA DSPSM GSES_MS

estabelecimentos de restauração e de bebidas ou quaisquer estruturas ambulantes destinadas a venda de bebidas alcoólicas – não foi subscrita pelos representantes do Ministério da Agricultura, Economia e Saúde por considerarem a mesma redundante em relação a proibição de venda a menores, provocar desigualdade comercial e se afigurar de muito difícil viabilidade, sobretudo em pequenas localidades, entre outros.

Da criação da Comissão Interministerial até a aprovação em Conselho de Ministros e a publicação do Plano de Ação Contra o Alcoolismo (PACA) decorreria cerca de um ano e meio (de Maio de 1999 a Novembro de 2000) e envolveu dois Governos, que apesar de ser reeleito, implicou adaptações às novas políticas e agendas emergentes. Da análise de diversos documentos que acompanham o processo de elaboração do plano alcoológico por parte da Comissão¹⁰⁰, entre a proposta inicial de plano alcoológico apresentada em Julho de 1999 pelo MS e aprovada na generalidade na 1ª reunião da Comissão Interministerial, em 29 de Setembro de 1999, e a versão final oficial enviada ao MS, em 6 de Outubro de 2000, decorreu mais de um ano. Não foram alheios no processo o Gabinete do Ministro da Saúde e encontram-se, entre os documentos, pedidos de informação sucessivos do Ministério à DGS e à presidência da Comissão. As principais justificações apresentadas para o atraso dos trabalhos prenderam-se essencialmente a aspetos burocráticos e de serviço típicos da administração pública que não foram ultrapassados, nomeadamente:

Demora na resposta do pedido do MS e na nomeação dos representantes dos diversos ministérios, no início do processo de Maio a Setembro de 1999;

Demora no processo de análise, reformulação e aprovação do texto final por parte dos representantes e decisores dos diversos ministérios durante o 1º semestre de 2000, que se agravou em casos específicos (Ministério da Economia) a partir de Julho e até Setembro de 2000, devido a diversidade de períodos de férias de alguns dos envolvidos.

Atividade dos Partidos Políticos e do Governo

Durante o período inicial do Governo recém-empossado, e devido a nenhuma medida na área da alcoologia ser apresentada, algumas iniciativas parlamentares de interpelação ao Governo foram feitas com vista a pressionar o Governo a apresentar um plano alcoolológico conforme o compromisso assumido anteriormente, incluindo a reestruturação dos CRAs, nomeadamente por parte do PSD em Junho de 2000¹⁰¹ e em Setembro de 2000¹⁰² e do PCP¹⁰³ em Julho de 2000, que enumeram uma série de recomendações (PSD) e questões (PCP) sobre a demora na apresentação do plano, tendo o PCP promovido mesmo audições parlamentares com diversos intervenientes.

O Projeto de Resolução nº 69/VII - “Combate ao Alcoolismo”, apresentado à AR pelo PSD em 30/06/2000 propõe “recomendar ao Governo que adote, com carácter de urgência, um Programa Alcoolológico Nacional de prevenção e combate ao alcoolismo bem como medidas tendentes a regulamentar a publicidade, a venda e o consumo de bebidas alcoólicas”. Este projeto foi posteriormente aprovado nas suas recomendações integralmente através da Resolução da Assembleia da República nº 76/2000 de 18 de

¹⁰⁰ Documentos de Arquivo da DGS: - 19990917_06a 1ªreunião da Comissão Interministerial; - 20000204_05a CARTA DSPSM GSES_MS; - 19991020_05a DGS organização da Comissão Interministerial;; - 20000607_05a PROPOSTA DE PLANO DE ACÇÃO ALCOOLOGICO; - 20000302_05c proposta plano acção na area da alcoologia; - 20000911_06a projecto resolução PSD_AR; - 20001115_06a requerimento estratégia álcool PCP_AR.

¹⁰¹ Documento de Arquivo da DGS: - 20000911_06a projecto resolução PSD_AR - Este documento inclui troca de correspondência entre o PSD, Ministério da Saúde e DGS, bem como o Projeto de Resolução nº 69/VII (PSD) “Combate ao Alcoolismo” de 30/06/2000.

¹⁰² Documento de Arquivo da DGS: - 20010820_04a requerimento Nuno Freitas_PSD e CARTA DSPSM - Este documento inclui troca de correspondência entre o PSD, Ministério da Saúde e DGS, bem como o Requerimento nº 1936/VIII/1ª (AC) do Senhor Deputado Nuno Freitas (PSD) de 12/09/2000 e a resposta do Ministério da Saúde em 20/08/2001.

¹⁰³ Documento de Arquivo da DGS: - 20001115_06a requerimento estratégia álcool PCP_AR - Este documento inclui troca de correspondência entre o PCP, Ministério da Saúde e DGS, bem como o Requerimento nº 1829/VIII/1ª da Senhora Deputada Natália Filipe (PCP) de 26/07/2000 e a resposta do Ministério da Saúde em 20/08/2001..

Novembro¹⁰⁴. O projeto de Resolução possui um introdutório que destaca a grave situação epidemiológica e social promovida pelo consumo de bebidas alcoólicas em Portugal e uma análise sobre a insuficiente e insatisfatória política de combate ao alcoolismo existente. Termina com um conjunto de recomendações, posteriormente assumido pela Resolução da AR 76/2000 (que se reproduz a seguir), criando intrinsecamente um apoio político amplo e inequívoco a um conjunto de medidas públicas específicas e multissetoriais que deveriam estar contempladas numa política do álcool:

«ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

Resolução da Assembleia da República nº 76/2000

Combate ao alcoolismo

A Assembleia da República resolve, nos termos do nº 5 do artigo 166º da Constituição, recomendar ao Governo, designadamente, que:

- 1. Adote um Programa Alcoolológico Nacional de prevenção e combate ao alcoolismo, com reforço dos meios humanos, técnicos e financeiros disponíveis para a informação, o aconselhamento, a formação profissional, o tratamento e reabilitação e a reinserção social;*
- 2. Desenvolva um projeto de informação a nível nacional, regional e local, com enfoque nas escolas e nas famílias, com o objetivo de alertar a população para os riscos e prejuízos da excessiva ingestão de álcool;*
- 3. Promova uma campanha nacional de sensibilização para o consumo excessivo de álcool, com mensagens e recursos específicos para grupos alvo como mulheres grávidas, crianças, adolescentes e consumidores excessivos.*
- 4. Assegure a acessibilidade a serviços de tratamento e reabilitação eficazes, com pessoal especializado, para os cidadãos com problemas/dependência do álcool e para os membros da família;*
- 5. Equacione a possibilidade de elevar a idade legal de permissão de consumo de bebidas alcoólicas.*
- 6. Regule a rotulagem e o marketing dos chamados alcoolpops de forma a que se tornem facilmente identificáveis como bebidas alcoólicas;*
- 7. Regule a publicidade de bebidas alcoólicas, tendo especialmente em atenção a necessidade de não permitir uma associação à atividade desportiva ou outras especialmente suscetíveis de mobilizar jovens.*
- 8. Regule o funcionamento de bares e cafés perto das escolas.*
- 9. Publique e divulgue pequenas brochuras de distribuição gratuita, cientificamente fundamentadas, claras e acessíveis à generalidade da população;*
- 10. Programe ou apoie estudos/pesquisas científicas desenvolvidas a nível nacional sobre o consumo de álcool e consequências médicas, familiares e sociais;*
- 11. Apoie as ONGs e os movimentos de autoajuda que promovam estilos de vida saudáveis, especialmente aqueles que visam a prevenção e a redução dos problemas relacionados com o álcool;*
- 12. Incremente e apoie os serviços de ajuda, estatais e não estatais, específicos para os problemas ligados ao álcool, para a ajuda às famílias e para ajuda e apoio às crianças.*

Aprovada em 2 de Novembro de 2000.

O Presidente da Assembleia da República, António de Almeida Santos»

Quanto ao requerimento nº 1936/VIII/ 1.a (AC) de 12/9/2000, apresentado pelo Deputado Nuno Freitas do PSD, este refere que desde a discussão do Orçamento de Estado para aquele ano que se espera a conclusão do trabalho da Comissão Interministerial para clarificar as questões relacionadas com o alcoolismo e os meios necessários a serem destinados para combater o problema. Por fim, faz uma cobrança clara a respeito das medidas previstas, financiamento e legislação. A seguir reproduz-se os excertos específicos:

¹⁰⁴ PORTUGAL - Resolução da Assembleia da República nº 76/2000 de 18 de Novembro. Combate ao alcoolismo. Publicado em Diário da República, I Série-A nº 267 de 18 de Novembro de 2000.

«PARTIDO SOCIAL DEMOCRATA – Grupo Parlamentar

Requerimento nº 1936/VIII/ 1.a (AC)

Assunto: Combate ao alcoolismo”

(...)

Matéria grave e séria em Portugal, pelas dramáticas consequências pessoais, familiares, profissionais e sociais e pela enorme prevalência junto de todos os grupos etários - e crescentemente dos mais jovens - o alcoolismo merece seguramente ser alvo de medidas consequentes e coordenadas numa orientação política clara e própria, já que estão em causa não só recursos humanos, técnicos e materiais evidentemente necessários, mas igualmente a definição de regras e condutas, de que a regulamentação da publicidade de bebidas alcoólicas é só um exemplo, adequados aos fins em causa.

(...)

Note-se que até a dotação orçamental para os existentes Centros de Alcoologia, bem como para todas as outras entidades, programas ou iniciativas ficou pendente da conclusão do relatório daquela Comissão, segundo afirmou claramente a Sr^a. Ministra da Saúde na citada reunião.

Assim, vínhamos requerer junto do Ministério da Saúde; ~ todas as informações atinentes a esta Comissão bem como ao respetivo Relatório, designadamente quanto às conclusões e medidas preconizadas, ao financiamento previsto ou revisto, e às iniciativas legislativas decorrentes. Mais se requer esclarecimento cabal quanto aos programas em curso de prevenção e combate ao alcoolismo por parte do Ministério da Saúde, com a descrição de verbas, públicos-alvo e avaliação de desempenho.

O Deputado Nuno Freitas

Palácio de S. Bento, 12 de Setembro de 2000.»

O requerimento nº 1829/VIII/1.a (AC) de 26/7/2000, apresentado pela Deputada Natália Filipe do PCP, refere igualmente os PLA como um grave problema de Saúde Pública, bem como cita as diversas iniciativas do Governo, desde meados dos anos 1990, em abordar este assunto e criar políticas e medidas para combater o fenómeno. Por fim questiona a ausência de políticas e faz uma cobrança clara a sua apresentação como se pode ler a seguir:

«PARTIDO COMUNISTA PORTUGUÊS – Grupo Parlamentar

Requerimento nº 1829/VIII (1.a) - AC

26/7/2000

Assunto: Estratégias de redução dos problemas ligados ao álcool - aplicação da Resolução do Conselho de Ministros nº 40/99 de 8/5/1999”

(...) ...requero ao Governo, através do Ministério da Saúde, que me informe do seguinte:

- Qual é o plano de ação da Comissão Interministerial? (tendo referido que passados estavam mais de 6 meses da data prevista para a apresentação de um plano de ação - 15 de Setembro de 1999);
- Para quando a apresentação de propostas sobre a revisão de legislação relacionada com os CRAs? (tendo mencionando que encontravam-se “estes serviços com grandes carências de recursos humanos e meios necessários para dar resposta a este problema”);
- Quais as ações já desenvolvidas e aquelas que o Ministério pensa vir a desenvolver com o objetivo de cumprir as metas traçadas nas Estratégias de Saúde para redução do consumo do álcool em Portugal?;
- Quais as medidas sancionatórias já aplicadas contra o abuso de variadas formas de publicidade que estimulam o consumo de bebidas alcoólicas, nomeadamente a cerveja, normalmente associadas a atividades desportivas ou outras dirigidas à população juvenil e estudantil?”

A deputada Natália Filipe»

Uma intervenção plenária posterior do PCP na AR¹⁰⁵, em 2 de Novembro de 2000, mostra que assunto não ficou resolvido nem esquecido. No seu discurso o PCP volta a relatar a

¹⁰⁵ PCP - Intervenção da Deputada. Combate ao alcoolismo. Lisboa: Partido Comunista Português, 2 de Novembro de 2000. Available at: <http://www.pcp.pt/intervencao-da-deputadacombate-ao-alcoolismo> . Accessed in 11/10/2013.

inação dos governos diante de dados preocupantes e a falta de resultados de Saúde. Refere por fim a urgência de definir uma estratégia, suprir a carência de meios humanos e financeiros e implementar medidas legislativas e de fiscalização, como se reproduz a seguir:

«(...) É incompreensível que a Comissão Interministerial criada em 1999 ainda não tenha avançado com o plano de ação que já tem um ano de atraso na sua publicação. É inaceitável a carência de meios com que se debatem os atuais Centros Regionais de Alcoologia, apesar dos esforços e da intervenção meritória dos seus profissionais. É evidente a carência de recursos humanos, o desinvestimento na rede pública de tratamento e recuperação dos consumidores excessivos de álcool, a completa ausência de investimento nos meios de prevenção primária. Ao nível do apoio medicamentoso, é indispensável o aumento de comparticipação dos medicamentos inibidores da apetência pelo álcool tornando-os acessíveis a um maior número de consumidores. É intolerável a política de permissividade em relação a certos patrocínios de empresas produtoras de bebidas alcoólicas que infringem sistematicamente a Lei da Publicidade, ou a ausência de fiscalização em relação à venda dos chamados "alcoholpops".

Para o PCP, o Governo é responsável perante o país e esta Assembleia pelo laxismo que se tem vindo a verificar. E tem o dever de assumir o compromisso expresso no Programa do Governo de "desenvolver um programa de promoção da saúde e de luta contra o alcoolismo" Mais do que punir o consumidor é premente regulamentar os novos fenómenos de consumo, essencialmente no que diz respeito à venda nos estabelecimentos comerciais, fiscalizar com eficácia as atividades económicas associadas à produção e à venda de bebidas alcoólicas e desenvolver uma verdadeira política de prevenção da saúde e de promoção da doença envolvendo todos os parceiros sociais na luta contra o alcoolismo.»

É relevante, dentre os aspetos referidos destes documentos, a atenção dada a respeito da situação vivenciada nos CRAs e a falta de recursos para desenvolver uma ação adequada. Também é manifesta a preocupação de, além de definir políticas, medidas e ações, se definir também um financiamento e os diversos meios necessários.

Outro assunto com destacada importância do contexto de alguns partidos políticos no parlamento é a demonstração de interesse e abertura para uma agenda política. É manifesta uma vontade política de se esclarecer uma ação de regulação reforçada da Indústria do Alcool, nomeadamente no que diz respeito a publicidade que estimula o consumo por parte dos jovens. No entanto, o legítimo interesse público dos partidos pode ocultar interesses particulares da Indústria do Alcool, no intuito de trazer as questões que a afetam para a arena política do Parlamento, onde poderia fazer melhor *lobbying*.

As respostas do MS aos partidos atestavam que os trabalhos estavam já em fase adiantada, possuindo toda a qualidade técnico-científica, o apoio e participação da comunidade científica e dos serviços técnicos da administração pública. Referia que havia similitude de posições entre a proposta nas mãos do Governo e as recomendações apresentadas pelos partidos. Por fim, refere como um fator de garantia da aceitação das medidas por parte dos cidadãos a ampla sensibilização e divulgação na comunicação social dos referidos assuntos ligados ao alcoolismo desde 1998.

Por outro lado, estes apoios políticos relatados não eram unânimes dentro dos partidos e na generalidade da AR, tendo sido identificados durante o ano de 2000 alguns discursos políticos, nomeadamente ligados ao PS e PCP, que já evidenciavam resistências em relação a algumas medidas como a definição da idade mínima de 18 anos para a venda de bebidas alcoólicas, reproduzindo coincidentemente assim, ecos de alguns interesses de setores comércio de bebidas e da sociedade (Carvalho, 2003).

- **Sociedade Civil, ONGs e Comunidade de Saúde:**

Não há registo de alguma intervenção pública, tentativa de influência, interferência ou participação dos atores sociais nesta fase de construção das políticas do álcool.

- **Indústria do Alcool:**

Não há registo de alguma intervenção pública, tentativa de influência, interferência ou participação dos atores sociais nesta fase de construção das políticas do álcool.

2.3. O PACA COMO RESPOSTA POLÍTICA A UMA TOMADA DE DECISÃO (OUTPUTS)

A tomada de decisão política do Governo em relação a um plano que congregue as políticas do álcool se fez através do Plano de Ação Contra o Alcoolismo (PACA), constante da Resolução do Conselho de Ministros 166/2000 de 29 de Novembro¹⁰⁶. Tendo em consideração que a proposta da Comissão Interministerial foi entregue ao MS em 6 de Outubro de 2000 e o PACA foi aprovado em Conselho de Ministros em 2 de Novembro de 2000, tendo decorrido menos de um mês, parece ter sido bastante consensual e célere a tomada de decisão política final. No conteúdo do documento, apenas pequenas mudanças foram identificadas. A mais significativa foi a denominação do plano: a substituição da palavra utilizada inicialmente - “alcológico” - pela expressão final - “contra o alcoolismo” - tem em si uma conotação científica mais restritiva da abordagem, limitando em parte o campo de ação das intervenções ao consumo associado à doença, desvalorizando uma intervenção de Saúde Pública com vista a modificar os níveis e padrões de consumo estabelecidos na sociedade que está explicitada nas medidas do plano e à semelhança dos planos europeus e internacionais em que se baseou (Carvalho, 2004^a).

No preâmbulo do diploma referências à nomenclatura proposta e à oficialmente assumida com a devida justificação:

«A comissão entregou ao Governo, no início de Outubro passado, a proposta de um plano de ação, que denominou “Plano de Ação Alcológico”. Esse documento é, assim, a base em que assenta o plano de ação adotado pelo Governo através da presente resolução. (...)

O plano denominar-se-á “Plano de Ação contra o Alcoolismo”. Como noutras áreas, de que é exemplo a droga, o seu objetivo fundamental é a luta ou combate contra o consumo excessivo ou o abuso de bebidas alcoólicas, embora também envolva componentes de estudo ou investigação do fenómeno do álcool e do seu consumo numa perspetiva epidemiológica e de promoção e educação para a saúde.»

Ainda no preâmbulo, anuncia-se a criação de uma nova Comissão de Acompanhamento para a aplicação do plano e desenvolvimento das medidas, seguindo uma recomendação da Comissão Interministerial à margem da sua proposta:

«(...) Para acompanhamento da aplicação e do desenvolvimento das medidas propostas, será constituída uma comissão, com composição adequada, incluindo um representante do Instituto Português da Droga e da Toxicodependência (IPDT), a formalizar por despacho conjunto dos ministros com competência nesta área.

Assim: (...) o Conselho de Ministros resolve (...) 2- Incumbir os membros do Governo competentes em razão da matéria de propor os atos normativos necessários à execução das medidas previstas no Plano; 3- As medidas necessárias à execução do presente diploma serão aprovadas no prazo de 180 dias»

Esta comissão interministerial de acompanhamento parece nunca ter sido definida e constituída publicamente, pelo Conselho de Ministros e Ministérios responsáveis, durante os seis meses definidos para a formulação das propostas de regulamentação até 30 de Maio de 2001. Mais adiante se verá que apenas no início de 2002 se efetivam as primeiras regulamentações associadas ao PACA (a exceção da regulamentação da RAN que foi aprovada conjuntamente com este), elaboradas pela PCM.

O texto do Plano de Ação dedica-se, no seu Capítulo I, a uma vasta fundamentação, onde mais uma vez os indicadores de saúde e a situação epidemiológica e social justificam cientificamente a adoção das medidas, seguindo literalmente a proposta apresentada pela Comissão Interministerial. Em termos da adoção de políticas do álcool

¹⁰⁶ PORTUGAL - Resolução do Conselho de Ministros 166/2000, Diário da República, I-B, n.º 276. 29 de Novembro – Plano de Ação Contra o Alcoolismo (PACA).

esta fundamentação apresenta em determinada altura um conjunto de medidas concertadas que podem contribuir efetivamente para a resolução do problema:

«(...) A experiência internacional demonstra que o desenvolvimento de medidas concertadas de promoção e educação para a saúde e regulamentares pode dar um contributo muito significativo para a prevenção dos problemas ligados ao álcool, nomeadamente:

- *A educação para a saúde, objetiva e persistente, sobre os riscos das bebidas alcoólicas nos vários grupos populacionais;*
- *A disponibilização de respostas terapêuticas descentralizadas e eficazes para os bebedores excessivos, dependentes e doentes alcoólicos;*
- *A definição de uma idade mínima legal para a aquisição e o consumo no local de compra de bebidas alcoólicas;*
- *As restrições à publicidade;*
- *Restrições nos horários e dias de venda de bebidas alcoólicas.»*

Na sua sequência, o seu Capítulo II dedica-se as “Orientações de atuação e medidas a tomar”: “I - Promoção e educação para a saúde”, “II - Vertente clínica e de investigação” e “III - Legislação e fiscalização”.

O único item das orientações que foi alterado refere-se a “II - Vertente clínica e de investigação”, que na proposta inicial intitulava-se “II - Tratamento e reabilitação”, contemplando assim especificamente a investigação neste contexto clínico (na verdade as atividades de investigação e divulgação de estudos epidemiológicos se encontram igualmente descritas nas orientações de “promoção e educação para a saúde”). O parágrafo único da “vertente clínica e de investigação” descrevia sinteticamente a estrutura dos serviços de saúde e as ações a desenvolver nestas áreas referindo objetivamente a RAN, que seria aprovada simultaneamente ao PACA. O texto recebeu apenas um acrescento no final de forma a contemplar o tema da investigação, reproduzindo-se em sublinhado a seguir:

«II - Vertente clínica e de investigação»

«Criar uma rede alcoológica nacional, tendo por base (...), que assegure a colaboração em (...), a par da investigação dos problemas ligados ao álcool»

O restante texto de todo o Capítulo II do PACA segue literalmente a proposta da Comissão Interministerial que teve por base a evidência científica consolidada à data e as orientações dos planos europeus da OMS.

A análise das medidas que permitem a concretização das políticas públicas constantes do PACA é feita com base no conjunto de medidas estruturantes do plano e no conjunto das medidas de políticas públicas do álcool nele inserido (utilizando as sete grandes categorias utilizadas na investigação). O resultado espelha a qualidade potencial das medidas aprovadas ou os vazios deixados por medidas não contempladas ou secundarizadas no plano.

2.3.1. Medidas estruturantes do PACA

Considera-se aqui três medidas estruturais referidas no PACA: i) Comissão Interministerial de Acompanhamento; ii) medidas regulamentares e normativas, iii) financiamento

• (i) A Comissão Interministerial de Acompanhamento do PACA

Racional:

Esta medida visa instituir um organismo capaz de proporcionar uma melhor e mais articulada implementação do PACA num contexto de introdução de medidas que extrapolam a área da Saúde, atingindo quase todas as áreas políticas e setoriais da sociedade. Esta ideia acompanha e procura dar continuidade ao que se passou na

própria criação e elaboração do PACA, que nasceu através de proposta desenvolvida por uma Comissão Interministerial que estudou o assunto durante os anos de 1999-2000.

Medidas contempladas no PACA:

Para acompanhamento da aplicação e do desenvolvimento das medidas propostas, será constituída uma comissão, com composição adequada, incluindo um representante do Instituto Português da Droga e da Toxicodependência (IPDT), a formalizar por despacho conjunto dos ministros com competência nesta área.

Observações e análise:

Uma comissão interministerial de acompanhamento é uma proposta que procura conciliar as necessidades técnicas e políticas, fornecendo os instrumentos para uma execução técnica adequada ao mesmo tempo que orienta a ação política nesta área. Mas limita parte do protagonismo da ação e da tomada de decisão do poder político e o seu trabalho se torna mais um instrumento de pressão sobre o Governo ao longo do tempo, como no caso da Comissão Interministerial de elaboração do PACA. A adoção dessa medida exige do Governo um vontade política e confiança no trabalho explícita e o desejo e determinação na obtenção de resultados.

• (ii) Medidas Regulamentares e Normativas Necessárias a Execução do PACA

Racional:

Por se tratar, na maior parte, de regulação em setores distintos da Saúde, a aplicação de políticas públicas do álcool requer que se mantenha o racional e o foco da Saúde Pública na regulamentação e na aplicação prática nos sectores afetados pelas intervenções, bem como a colaboração dos responsáveis destes setores na prossecução dos objetivos de saúde nem sempre comuns aos outros sectores da governação. É um trabalho que para além de interministerial ou intersectorial, requer liderança e foco na sua implementação.

A regulamentação do PACA está prevista no próprio diploma da sua criação, mas apenas através da participação ativa dos ministérios competentes na sua concretização, de forma que o plano possa entrar em funcionamento na sequência mais imediata possível da sua aprovação.

Medidas contempladas no PACA:

O Conselho de Ministros resolveu incumbir os membros do Governo competentes em razão da matéria de propor os atos normativos necessários à execução das medidas previstas no Plano.

As medidas necessárias à execução do presente diploma serão aprovadas no prazo de 180 dias (a partir da aprovação do PACA em 2 de Novembro de 2000)

Observações e análise:

A forma e conteúdo da regulamentação das medidas previstas no PACA não estão claramente definidos no plano, o que permite uma variabilidade na legislação e na prática da sua aplicação. Estes fatores podem interferir na eficácia e efetividade das medidas e merecem atenção e acompanhamento dos responsáveis de Saúde pelo PACA. A coordenação do trabalho interministerial, necessária à regulamentação do PACA, caberia mais naturalmente a Presidência do Conselho de Ministros se a matéria em causa não fosse tão complexa e específica da Saúde Pública. A regulamentação também não se limita a criação ou alteração legislativa, exige que os envolvidos mantenham o foco da Saúde nas políticas desenvolvidas e que esta colaboração se estenda a atribuição de responsabilidades, recursos e financiamento adequado, o que não é um ato simples num quadro interministerial.

A Comissão Interministerial inicial de elaboração do plano ainda entregou no encerramento dos seus trabalhos um pacote de propostas regulamentares do PACA à

PCM, na expectativa que se daria andamento a esta tarefa. Uma opção seria nomear e incumbir a comissão interministerial de acompanhamento da coordenação da regulamentação, em substituição da Comissão inicial que se extinguiu naturalmente com a aprovação do PACA.

- **(iii) Financiamento das Políticas do Álcool e das Intervenções em Saúde**

Racional:

As medidas suplementares de financiamento garantem a exequibilidade do plano num contexto de recursos escassos e medidas abrangentes. Quando associadas ao consumo permitem introduzir uma racionalidade entre as consequências associadas ao consumo e o potencial de desenvolvimento de medidas e intervenções de saúde dirigidas aos PLA.

Além dos aspetos relatados, a introdução de taxas ao consumo é uma medida de política pública reconhecida como das mais efetivas na obtenção de resultados de redução do consumo e ainda permite retirar benefícios para as atividades das políticas do álcool.

A possibilidade de se ter recursos extras não isentam a responsabilidade da resposta através das vias normais, nomeadamente do Orçamento de Estado para os diversos serviços e ministérios envolvidos. Estas duas fontes de financiamento devem atuar de forma complementar, permitindo abranger as diversas políticas públicas previstas e serviços necessários, evitando, ao mesmo tempo, que concorram para um sobre-financiamento dos serviços e projetos específicos em detrimento de outros que fiquem descobertos. Assim todos os componentes do financiamento devem ser previamente previstos, definidos e alocados.

Medidas contempladas no PACA:

- Introduzir taxas ao consumo de bebidas alcoólicas, variáveis em função do tipo de bebida e da graduação alcoólica afetas à área da Saúde relacionada com os Problemas Ligados ao Álcool
- Afetar as receitas das coimas aplicáveis as infrações à publicidade e à venda de bebidas alcoólicas à área da Saúde relacionada com os Problemas Ligados ao Álcool
- Alterar o Código de Custas Judiciais para que haja reversão de parte do valor dos processos relacionados com infrações por abuso de bebidas alcoólicas

Observações e análise:

Segundo o diploma, as receitas obtidas através de recursos extraordinários servem para financiar uma gama alargada de projetos e serviços (campanhas promoção e educação para a saúde e o desenvolvimento de medidas de investigação, prevenção, tratamento e reabilitação dos problemas ligados ao álcool) o que não permite a gestão adequada dos recursos existentes nos orçamentos advindos do Estado e de fontes extraordinárias.

Existem forças contrárias a aplicação de taxas sobre ao preço de venda de bebidas alcoólicas, nomeadamente da Indústria e demais operadores de bebidas alcoólicas, mas também do próprio Governo, que tirando benefícios do consumo rejeitam uma abordagem com vista a reprimir ou limitar um qualquer comércio, venda ou consumo. A ação política responde aos anseios sociais e aos apoios existentes e como tal a sua resposta varia no tempo de acordo com esses fatores.

A volatilidade na agenda política faz com que uma proposta de orçamento consistente e faseado ao longo dos anos (a semelhança do que foi feito em 2000 para a toxicodependência) não encontre eco nos PLA, apesar da dimensão do problema.

A eventual e pontual inserção no Orçamento de Estado das medidas do PACA deve ser sempre considerada pelo MS, mas uma orçamentação das medidas é dificultada por envolver vários ministérios envolvidos da aplicação de medidas e que necessitam de

recursos e por não existir um organismo coordenador das políticas que pudesse gerir o assunto.

As opções de financiamento oportunistas, fruto de fontes de receita específicas como receitas de coimas, são campo da gestão corrente dos dinheiros públicos arrecadados e são concorrenciais entre os agentes que delas usufruem, incluindo o Estado. Encontra-se ainda resistências dos atores que são o alvo da fiscalização, não só por ser um recurso que será utilizado contra os seus objetivos comerciais, como também poder reforçar o papel da regulação e da fiscalização.

2.3.2. Medidas de Políticas Públicas do PACA

- **(1) Medidas para a condução sob o efeito do álcool**

Evidências científicas

As evidências científicas sobre medidas mais efetivas no fim da década de 1990 (Edwards *et al.* 1994) incluíam recomendações sobre:

- Testes de alcoolémia aleatórios;
- Redução do limite legal da concentração de álcool no sangue para a condução;
- Suspensão administrativa da licença de condução;
- Limite legal da concentração de álcool no sangue para a condução mais baixo para jovens condutores (tolerância zero).

Ainda foram identificadas posteriormente a 2000, mas ainda dentro da vigência do PACA, outras medidas (Babor *et al.*, 2003):

- Postos de controlo para verificação da sobriedade
- Licenças de condução progressivas para condutores principiantes

Principais medidas em implementação à margem do PACA

A redução das taxas de alcoolémia máxima para condução para 0,5 g/l foi implementada a partir 1990¹⁰⁷. Os procedimentos legais para uma melhor e mais efetiva fiscalização e deteção dos casos de condução sob o efeito do álcool foram instituídos desde 1998 através de alterações ao código da estrada e publicação de novos diplomas¹⁰⁸, apesar da sua aplicação só ter começado a ocorrer a partir do 2º semestre de 2001 devido a condições materiais e logísticas e de articulação entre entidades responsáveis (Carvalho, 2003a), em meio a grandes polémicas políticas que alteravam os níveis definidos. A DGS/MS integrou o grupo de trabalho, coordenado pelo Ministério da Administração Interna, que elaborou a proposta de regulamentação de 1998 e o posterior acompanhamento da sua aplicação. Assim, participou ativamente no processo de elaboração e revisão da legislação e regulamentação, bem como da implementação dos procedimentos no terreno e respostas da área da Saúde as situações, desde 1997 e até meados de 2002, como vasta documentação permitiu verificar¹⁰⁹. Este processo de

¹⁰⁷ Decreto-Lei nº 124/90, de 14 de abril - o valor da taxa de álcool no sangue a partir da qual se constituía um infração baixa para 0,50 g/l.

¹⁰⁸ A partir de 1998 seriam introduzidas medidas de fiscalização mais específicas para a condução sob efeito do álcool - Decreto-Lei nº 2/98, de 3 de Janeiro – medidas de fiscalização da aptidão para a condução e aplicação de sanções.

¹⁰⁹ Documentos de Arquivo da DGS: - 19971016_02a carta DGS_MS; - 19971202_02a carta DGS_MS; - 19990000_02b DGV manual de procedimentos; - 19990210_02a carta DGS_MS; - 19990315_02a despacho MS condução álcool; - 19990322_02a carta DGV_DGS; - 20000120_02a carta ARS_DGS; - 20000214_02a carta DGS_MS; - 20000221_02a carta DGS_ARS; - 20000224_02a carta ARS_DGS; - 20000228_02a carta ARS_DGS; - 20000402_02a carta DGS_ARS (2); - 20000402_02a carta DGS_ARS; - 20000417_02a carta ARS; - 20000417_02a carta DGS_ARS; 20000417_02a carta GNR_DGS; - 20000417_02a carta PSP; - 20000419_02a carta ARS (2); - 20000419_02a carta ARS ; - 20001018_02a carta ARS_DGS; - 20001020_02a carta ARS_DGS; - 20010000_04d Proposta PORTARIA COD_ESTRADA; - 20010117_02b EU el alcohol al volante; - 20010316_06b DGV DESPACHO; - 20010819_04a CARTA DSPSM

adoção de medidas legais sobre a condução sob o efeito do álcool ocorrido em 1998 não recebeu influência direta do PACA que se concretizou em 2000.

Medidas contempladas no PACA:

- Reduzir a taxa de alcoolemia no sangue de 0,0 g/l para condutores de veículos de socorro, emergência e de transportes escolares
- Reduzir a taxa de alcoolemia no sangue de 0,3 g/l para condutores de veículos de ligeiros de transporte público e de pesados de passageiros ou mercadoria
- Reduzir a taxa de alcoolemia no sangue de 0,3 g/l para condutores recém-encartados (menos de 2 anos)

Observações e análise:

O PACA deveria reforçar os objetivos de implementação das medidas já criadas, no âmbito da fiscalização e execução de penas, incluindo as alternativas de apoio de saúde, não só na despistagem dos infratores, mas também na intervenção junto dos consumidores problemáticos (abuso ou dependência). Esta ação permitiria a incorporação e apropriação das medidas já existentes pelo PACA promovendo a sua implementação.

As medidas propostas no PACA deveriam ser alvo de implementação a partir de uma avaliação das medidas introduzidas no Código da Estrada em 1998, que em 2000 ainda não haviam sido completamente implementadas. Assim, nessa altura era de prever que a sua implementação seria adiada para um próximo momento mais oportuno.

- **(2) Estratégias de educação e persuasão (inclui a educação, comunicação, formação e consciencialização pública e a embalagem e rotulagem de produtos com álcool)**

Evidências científicas

As evidências científicas sobre medidas mais efetivas no fim da década de 1990 (Edwards *et al.* 1994) não incluíam recomendações. Os programas educacionais em meio escolar, as campanhas de comunicação e/ou consciencialização pública e a rotulagem com advertências de produtos não demonstram evidência científica de efetividade consistente, apenas uma esperança de mudança a longo prazo.

Principais medidas em implementação à margem do PACA

Desde 1998 foi instituída uma Rede Nacional de Escolas Promotoras de Saúde (RNEPS), a semelhança da Rede Europeia (REEPS)¹¹⁰. No ano letivo 2001/2002 a RNEPS já integrava 3407 escolas e 265 Centros de Saúde. Segundo um relatório do Centro de Apoio Nacional à RNPES do ano de 2000 refere, a abordagem do consumo de álcool era feita no âmbito do programa de educação alimentar (até o 3º ciclo do básico) e também numa área dedicada a prevenção do uso e abuso de substâncias lícitas e ilícitas. Estas abordagens necessitavam de reflexão sobre a evolução do fenómeno e a forma como abordar o problema junto da população alvo. Os programas dedicavam-se a formação de professores e desenvolvimentos de ações conjuntas destes com profissionais da Saúde dirigidas a alunos.

H_STO_ANDRE; - 20010919_04a INFO DSPSM DG; - 20010919_06a revisão regulamento da condução; - 20011123_04a CARTA MS DGS; - 20011211_02b artigo RPCG; - 20020117_04a CARTA DSPSM MS.

¹¹⁰ Em Março de 1998 é publicado o Despacho-Conjunto n.º 271/98, subscrito pelos Ministros da Educação e da Saúde, onde se clarificam e se definem os níveis de corresponsabilização da cada Ministério no âmbito do apoio à RNEPS, em termos de promoção da saúde, bem como os encargos financeiros decorrentes. Neste despacho é, ainda, nomeado um órgão de acompanhamento do processo (CAN), constituído por três técnicos do PPES e três da DGS, organismos centrais dos dois Ministérios. Uma Comissão de Coordenação da Promoção e Educação para a Saúde - CCPES - é formalmente criada em Agosto de 1999, pelo Despacho n.º 15 587/99. Ver mais informações sobre a RNEPS em: <http://www.dgs.pt/promocao-da-saude/saude-escolar/programas-e-projectos/escolas-promotoras-de-saude.aspx>

Medidas contempladas no PACA:

(2.1) Educação, comunicação, formação e consciencialização pública:

- Programas de promoção e educação para a saúde na área da alcoologia que incluam o desenvolvimento de campanhas de informação pública, abordagem nos currículos escolares e ações de sensibilização e de formação para grupos específicos.
- Promover campanhas de informação e sensibilização e programas de treino junto dos profissionais de saúde, bem como dos agentes educativos e das entidades policiais.

(2.2) Embalagem e rotulagem de produtos com álcool:

- Incluir na rotulagem de bebidas alcoólicas mensagens alertando para os danos causados pelo consumo, especialmente por menores, grávidas e mães que amamentam, e que o consumo excessivo, inoportuno ou inconveniente prejudica gravemente a saúde.

Observações e análise:

O PACA deveria definir os objetivos de implementação das medidas no âmbito da RNEPS de forma a agilizar e complementar a sua implementação com apoio à formação dos profissionais. Esta ação permitiria a incorporação e apropriação das medidas já existentes pelo PACA promovendo a sua implementação.

- **(3) Preços e taxas com vista a reduzir os danos causados pelo álcool**

Evidências científicas

As evidências científicas sobre medidas mais efetivas no fim da década de 1990 (Edwards *et al.* 1994) incluíam recomendações sobre:

- Taxas sobre o álcool

Principais medidas em implementação à margem do PACA

As taxas relativas ao Impostos Especiais sobre o Consumo, nomeadamente o IABA (Imposto sobre o Álcool e as Bebidas Alcoólicas) visam regular o consumo e o comportamento do consumidor nos casos necessários devido a características do produto em causa. Em Portugal, no início da década de 2000, essas taxas variavam de acordo com as diretivas europeias e a bebida alcoólica em causa e recaem sobre o hectolitro de álcool contido. Para as bebidas que não são cerveja, vinho ou produtos intermédios a taxa mínima comunitária fixou-se em 550€ por hectolitro de álcool puro contido no produto. Em Portugal o valor da taxa era de aproximadamente 836,04€. Os produtos intermédios possuem uma taxa mínima comunitária de 45€ por hectolitro e em Portugal eram taxados com um valor de 48,67€. Para as cervejas a taxa mínima comunitária era de 0,78€ por hectolitro/grau Plato ou 1,87€ por hectolitro/grau álcool de produto acabado. Com diversos volumes de álcool adquiridos e grau Plato, em Portugal o valor da taxa variava entre 5,76€ e 20,24€ por hectolitro. Uma medida política de apoio ao vinho definiu que este a taxa mínima comunitária é zero (0€). Assim os países podem exercer a taxa que desejarem e, em Portugal, o vinho e outras bebidas fermentadas, tranquilas e espumantes possuem uma taxa zero (0€).

O setor do vinho contudo era fruto de uma taxação devida ao Instituto da Vinha e do Vinho (IVV) por todos os vinhos e produtos víquicos produzidos ou comercializados em Portugal. Definida como “taxa de promoção”, era uma contrapartida dos serviços prestados pelo IVV na promoção genérica e coordenação geral do setor, e o seu valor máximo estava definido em 1,35€ por litro de vinho. Existe ainda uma taxa de certificação para os vinhos produzidos em regiões determinadas, regionais e de denominação de origem ou indicação geográfica.

O IVA (Imposto sobre o Valor Acrescentado) é considerado um imposto neutro e geral sobre o consumo. De todos os bens e serviços em geral, apesar de haver um leque de

taxas que se apresentam tão reduzidas quanto possível. Em Portugal, no início da década de 2000 o vinho comum beneficiava da taxa de IVA reduzida (5%), por questões sociais e de proteção a vitivinicultura nacional, enquanto os vinhos não comuns, a cerveja, bebidas espirituosas e outras bebidas alcoólicas estavam sujeitos a taxa normal do IVA (17%). A situação da taxa reduzida do vinho em sede de IVA teria que ser revista a luz das diretivas europeias e definido pelo Tribunal de Justiça das Comunidades em 2001, aplicando a taxa intermédia como mínima para o produto, o que ocorreu em 2002, mantendo ainda um benefício para este tipo de bebida. Na restauração todas as bebidas estavam sujeitas a taxa intermédia do IVA (12%). Apesar dos valores percentuais do IVA se alterarem no decorrer dos anos, essas regras permaneceram válidas durante o resto da década de 2000.

Medidas contempladas no PACA:

- Introduzir taxas ao consumo de bebidas alcoólicas, variáveis em função do tipo de bebida e da graduação alcoólica afetas à área da Saúde relacionada com os Problemas Ligados ao Álcool.

Observações e análise:

A medida peca pela falta de especificidade, não identificando se as taxas referidas seriam introduzidas no IABA, na produção, ou se seria criada uma nova taxa, já que com o IVA, na venda, seria impossível face ao direito comunitário e a intencionalidade do imposto. O objetivo de ser uma taxa autónoma seria o de poder ser destinada a um fim específico à partida (Saúde – PLA).

Por outro lado, esta taxa se enquadra mais numa medida de financiamento da atividade da Saúde, a semelhança dos outros impostos, do que num mecanismo de regulação, já que não define um sistema de controlo do valor das taxas em função do nível de consumo desejado, nem avalia os custos sociais ou de saúde que estão em causa como o consumo de bebidas alcoólicas para definir o pressuposto do agravamento ou introdução da tributação.

Por fim, as questões ligadas a fraude e evasão fiscal podem por em causa o agravamento das tributações e dos preços das bebidas alcoólicas, pelo que estas medidas devem ser acompanhadas de medidas de fiscalização e controlo que produzam custos acrescidos.

Seria adequado ainda, no quadro existente na altura, se definir medidas de harmonização de taxas e impostos em relação às diversas graduações alcoólicas das bebidas que produzissem efeito a nível do comércio e do consumo dessas bebidas.

- **(4) Regulação do acesso físico ao álcool (inclui as restrições à disponibilidade de álcool e a venda a menores de idade)**

Evidências científicas

As evidências científicas sobre medidas mais efetivas no fim da década de 1990 (Edwards *et al.* 1994) incluíam recomendações sobre:

- Idade mínima legal para compra
- Monopólio estatal da venda a retalho
- Restrições de horários e dias de venda
- Restrição à densidade de pontos de venda

Principais medidas em implementação à margem do PACA

A legislação relativa a proibições de acesso a estabelecimentos de bebidas ou venda de bebidas alcoólicas a menores estava totalmente caduca ou revogada por desuso (Carvalho, 2003, 2004^a), já que estabelecia a entrada de menores em tabernas apenas

acompanhados dos responsáveis, sem aplicação até pelo fim dos referidos estabelecimentos. Não se identificou outras medidas restritivas ou responsabilizantes em relação a venda ou consumo de bebidas alcoólicas. Tanto o licenciamento dos estabelecimentos de venda de bebidas, como a sua localização ou horários de funcionamento seguiam a legislação geral e posturas municipais que os regulava sem nenhum enquadramento especial.

Medidas contempladas no PACA:

(4.1) Restrições à disponibilidade de álcool:

- Proibir a instalação de novos estabelecimentos ou quaisquer estruturas ambulantes destinadas à venda de bebidas alcoólicas em torno dos estabelecimentos escolares ou outros dirigidos a crianças e jovens
- Proibir a venda e disponibilização nos locais de trabalho da Administração Pública de quaisquer bebidas alcoólicas (exceto as fermentadas às refeições)
- Proibir a venda e disponibilização de bebidas alcoólicas nos estabelecimentos de restauração e bebidas acessíveis ao público, localizados nos estabelecimentos de saúde

(4.2) Venda a menores:

- Proibir a venda e consumo de bebidas alcoólicas a menores de 18 anos
- Reforçar as medidas de fiscalização sobre a venda e consumo em estabelecimentos de restauração, de bebidas e outros mais frequentados por menores de 18 anos

Observações e análise:

A limitação de instalação em torno de escolas dirigida apenas aos novos estabelecimentos cria exceções para as quais não foram propostos mecanismos de regulação da venda ou prevenção do consumo específicos, apenas o reforço da fiscalização.

As medidas propostas que visam a proibição de consumo na administração pública e nos serviços de saúde deveriam ser amplas, atingir tanto o público como os funcionários e sem referências a exceções, que abrem uma porta a regulamentações fracas, cumprimento relativo e fiscalizações ineficazes, alcançando resultados nulos parciais.

- **(5) Regulação do *marketing* e da promoção do álcool (inclui publicidade, promoção e patrocínio)**

Evidências científicas

As evidências científicas sobre medidas mais efetivas no fim da década de 1990 (Edwards *et al.* 1994) não incluíam recomendações.

Principais medidas em implementação à margem do PACA

Já existia uma restrição da publicidade de bebidas alcoólicas na televisão, oriunda da Diretiva Comunitária conhecida Televisão Sem Fronteiras¹¹¹, transposta para o Código da Publicidade em Portugal¹¹² desde o início dos anos de 1990.

¹¹¹ Diretiva 89/552/CEE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 3 de Outubro de 1989, relativa à coordenação de certas disposições legislativas, regulamentares e administrativas dos Estados-Membros respeitantes à oferta de serviços de comunicação social audiovisual (Diretiva "Serviços de Comunicação Social Audiovisual"), alterado pela Diretiva 97/36/CE, de 30 de Junho de 1997.

¹¹² CÓDIGO DA PUBLICIDADE (aprovado pelo DL n.º 330/90, de 23/10, alterado pelos DL n.ºs 74/93, de 10/3; 6/95, de 17/1; 61/97, de 25/3 e 275/98 de 9/9)

SECÇÃO III - Restrições ao objeto da publicidade
Artigo 17.º

Medidas contempladas no PACA:

- Alargar a proibição de publicidade na televisão e na rádio a quaisquer bebidas alcoólicas até as 22h30m (horário de proibição: das 7h00m as 22h30m)
- Proibir o patrocínio por marcas de bebidas alcoólicas de quaisquer atividades desportivas, culturais e recreativas, dirigidas a menores
- Proibir a associação de símbolos nacionais à publicidade de bebidas alcoólicas
- Proibir o patrocínio de seleções nacionais por marcas de bebidas alcoólicas
- Sensibilizar as associações de produtores, industriais e comerciantes de bebidas alcoólicas para a elaboração de um código de conduta de autorregulação

Observações e análise:

A maior parte das medidas não tinha base de evidência para a sua adoção na altura do PACA.

A restrição à publicidade proposta é pouco ambiciosa e na verdade apenas ampliou um período de proibição em rádio e televisão, tentando evitar a exposição dos jovens aos conteúdos comerciais sobre álcool. Na verdade a interdição dos horários e dos meios de comunicação definidos não protege eficazmente os jovens, que estão expostos por utilização ativa ou passiva a estes meios de comunicação e publicidade em horários bem mais alargados e em muitos outros meios de comunicação e publicidade que se dirigem preferencialmente a jovens.

A autorregulação sempre foi uma medida contestada pelos peritos, e apesar de haver na altura evidência para a sua adoção ou rejeição, definir no PACA à partida, esta via de restrição a publicidade como principal e não propor uma regulação forte do Estado sobre a publicidade, não permite proteger o público consumidor e especialmente grupos alvo mais vulneráveis como jovens e mulheres.

- **(6) Modificação de contextos de consumo de álcool (inclui a redução de danos no consumo de álcool e nos ambientes envolventes)**

Evidências científicas

As evidências científicas sobre medidas mais efetivas no fim da década de 1990 (Edwards *et al.* 1994) incluíam recomendações sobre:

- Treino do pessoal que serve sobre a dispensa de álcool

Principais medidas em implementação à margem do PACA

Não se identificam medidas restritivas da venda a pessoas com características específicas, como embriaguez ou perturbação mental, obrigações informativas, proibitivas ou responsabilizantes sobre a disponibilização, venda ou consumo de bebidas alcoólicas em quaisquer estabelecimentos. Também não existiam orientações definidas sobre a formação dos profissionais da hotelaria ou licenças dos estabelecimentos de

Bebidas alcoólicas

1 - A publicidade a bebidas alcoólicas, independentemente do suporte utilizado para a sua difusão, só é consentida quando:

- a) Não se dirija especificamente a menores e, em particular, não os apresente a consumir tais bebidas;
- b) Não encoraje consumos excessivos;
- c) Não menospreze os não consumidores;
- d) Não sugira sucesso, êxito social ou especiais aptidões por efeito do consumo;
- e) Não sugira a existência, nas bebidas alcoólicas, de propriedades terapêuticas ou de efeitos estimulantes ou sedativos;
- f) Não associe o consumo dessas bebidas ao exercício físico ou à condução de veículos;
- g) Não sublinhe o teor de álcool das bebidas como qualidade positiva.

2 - É proibida a publicidade de bebidas alcoólicas, na televisão e na rádio, entre as 7 horas e as 21 horas e 30 minutos.

venda. Não existiam programas comunitários ou normas a nível local para ou proteger locais específicos ou ambientes urbanos da venda e consumo mais intenso e alargado.

Medidas contempladas no PACA:

- Proibir a venda e consumo de bebidas alcoólicas a adultos notoriamente embriagados ou com perturbação mental
- Interditar a venda e consumo de bebidas alcoólicas nas áreas de serviço das autoestradas das 20h00m às 6h00m
- Responsabilizar os vendedores e criar ilícito de mera ordenação social, com coimas de valor crescente para os ilícitos e reincidências e penas acessórias de cassação do alvará ou licença de utilização
- Obrigar à afixação da proibição de venda, de modo bem visível, em todos os locais de venda de bebidas
- Obrigar à diferenciação explícita dos locais de exposição das bebidas alcoólicas e não alcoólicas nos estabelecimentos comerciais de autosserviço
- Proibir a disponibilização de bebidas alcoólicas através de mecanismos de venda automática
- Incluir nos currículos de formação dos profissionais de hotelaria sobre relacionamento com clientes intoxicados, bem como os modos de intervenção na sua prevenção

Observações e análise:

A maior parte das medidas não tinha base de evidência para a sua adoção na altura do PACA, apesar das proibições de venda a pessoas com perturbações ou embriagadas e das restrições a disponibilização de bebidas alcoólicas em locais de saúde ou trabalho serem tecnicamente adequadas.

A restrição à venda nas autoestradas proposta é pouco ambiciosa e na verdade apenas introduziu um período onde se estabelece a proibição de venda, que deveria ser a todo o tempo para atingir os objetivos da medida de reduzir as possibilidades de condução sob o efeito do álcool.

As medidas de diferenciação explícita dos locais de exposição de bebidas alcoólicas nos estabelecimentos comerciais de autosserviço deveriam ser acompanhadas de restrições de acesso a menores, como ocorre com o tabaco quando exposto, e abranger todas as superfícies comerciais em que o cliente tem acesso aos produtos expostos.

Os contextos em que há uma intensa promoção e publicidade de bebidas alcoólicas, incentivador do consumo, como eventos culturais, académicos, de lazer e diversão, de música e desportivos são atingidos pelas medidas legislativas que regulam publicidade e venda de álcool, mas não estão previstos, nesta área, programas comunitários com o intuito de permitir uma ação preventiva do consumo e dos danos associados e uma boa implementação da legislação a ser criada.

- **(7) Intervenções precoces e tratamento (inclui as intervenções no consumo de risco e nocivo de álcool e dependência de álcool e as intervenções e assistência aos familiares de pessoas com dependência de álcool)**

Evidências científicas

As evidências científicas sobre medidas mais efetivas no fim da década de 1990 (Edwards *et al.* 1994) incluíam recomendações sobre:

- Intervenções breves com consumidores de risco (CSP)
- Providenciar tratamento especializado na comunidade

Principais medidas em implementação à margem do PACA

A tomada de decisão política do Governo em relação a concretização de uma rede alcoológica nacional ocorreu simultaneamente a aprovação do PACA, através da publicação do Decreto-Lei 318/2000 de 14 de Dezembro, em que se reveem as estruturas orgânicas e funcionais dos CRAs.

Neste diploma se define a sua articulação dos CRAs com os Serviços de Saúde Mental e cria-se a Rede Alcoológica Nacional (RAN), integrada na Rede de Referência Hospitalar da Saúde Mental, que articula funcionalmente os CRAs e os Serviços Locais de Saúde Mental, para, concertadamente, apoiarem os Centros de Saúde. Para a coordenação, orientação e avaliação destes aspetos, os CRAs se articulam com as respetivas ARS. Já em termos técnico-científicos essa articulação se faz com a DGS. A coordenação técnico-científica beneficia da reestruturação do Conselho Técnico de Alcoologia, que passa a ser constituído pelos seguintes elementos: Os 3 diretores dos CRAs, 3 dirigentes da DGS, 1 representante do IDT, 1 representante do IPDT e 1 representante do INSA. Esta composição visa proporcionar as condições para uma maior articulação do trabalho e uma melhor coordenação. Os CRAs ganham, para além da autonomia técnica e administrativa que possuíam, autonomia financeira, sendo a sua dotação advinda do orçamento do SNS.

Medidas contempladas no PACA:

Intervenções no consumo de risco e nocivo de álcool e dependência de álcool:

- Criar uma rede alcoológica nacional, tendo por base os centros regionais de alcoologia (com função coordenadora) e os serviços locais de saúde mental, com as respetivas articulações às unidades de cuidados de saúde primários e aos hospitais gerais
- Reorganizar e ampliar o Conselho Técnico de Alcoologia para uma melhor coordenação da RAN e aplicação das políticas públicas do álcool

Observações e análise:

As medidas do PACA nesta área se refletem no Decreto-Lei 318/2000 de 14 de Dezembro, aprovado na mesma altura. As medidas do PACA não explicitam claramente a base de evidência existente nesta altura sobre as intervenções recomendadas. As intervenções breves e o tratamento especializado ficam subentendidos como componentes da RAN proposta nas medidas, mas a sua implementação efetiva nos respetivos cuidados de saúde, independente da organização e estruturação de serviços não está precavida nem prevista explicitamente.

O diploma publicado, em que se cria a RAN, coincide com a medida prevista no PACA (II - vertente clínica e de investigação), mas apenas com a aplicação da legislação e os consequentes desenvolvimentos posteriores a nível de alocação de recursos e gestão é que se pode ver resultados da medida. Simultaneamente, a criação do Conselho Técnico de Alcoologia é crucial para o desenvolvimento e articulação da rede alcoológica e do trabalho que os diversos serviços precisam desenvolver em colaboração com os CRAs.

Esta legislação essencial que reestrutura o funcionamento e a orgânica dos serviços de saúde, incluindo os CRAs, permite que a prevenção e o tratamento e a reabilitação dos PLA, complementados por investigação clínica, sejam desenvolvidos e ampliados, dando uma resposta ao problema. Necessita entretanto de ser implementada no terreno e reforçada na sua aplicação com recursos e meios adequados.

3. A IMPLEMENTAÇÃO DO PACA - PLANO DE AÇÃO CONTRA O ALCOOLISMO (2001-2006)

Em teoria, o processo de implementação do PACA ocorreria naturalmente na sequência imediata da tomada de decisão política de aprovação do plano no final de 2000¹¹³ e deveria abranger o conjunto global das suas medidas fundamentais, para que o desenvolvimento das políticas públicas e medidas previstas fosse consistente e alcançasse o melhor efeito esperado.

Não foi dessa forma que ocorreu. A atividade política ainda se encontrava muito presente no processo de implementação das políticas públicas do álcool quer a nível legislativo e quer a nível executivo, até porque em Portugal estes processos estão muito dependentes da vontade política para o seu desenvolvimento. Assim, a pouca regulamentação, com a criação de alguma legislação específica que não respeitou totalmente as orientações iniciais, ocorreu na prática apenas entre Dezembro de 2001 e Abril de 2002, mais de um ano depois da aprovação do PACA e após um período conturbado politicamente. O prolongar de uma ação política divergente da tomada de decisão inicial se prolongou por anos desde a aprovação do PACA. O tempo em que decorreu pôs progressivamente em causa o próprio desenvolvimento das políticas públicas e a concretização das medidas específicas e abrangeu os seguintes períodos governamentais:

- 1º Período: XIV Governo Constitucional - PS (25/10/1999 - 6/04/2002)
- 2º Período: XV Governo Constitucional - PSD/CDS (6/04/2002 - 17/07/2004)
- 3º Período: XVI Governo Constitucional - PSD/CDS (17/07/2004 - 12/03/2005)
- 4º Período: XVII Governo Constitucional - PS (12/03/2005 - 26/10/2009)

Todos os acontecimentos simultâneos ao período de existência PACA, e que influenciaram a concretização das suas medidas em diversos momentos no tempo, estão inseridos nesta parte do capítulo. Considerou-se que apenas a partir da criação de legislação ou norma, programa ou ações, reorganização de sistemas ou serviços, destinação de recursos financeiros ou meios pode-se falar da concretização e implementação propriamente dita de uma política pública ou medida específica prevista.

A seguir, descreve-se e analisa-se o contexto e as ações empreendidas pelos atores político-partidários, governativos e grupos de interesse e pressão, entre outros, que procuraram impedir, interferir, influenciar ou promover as medidas técnicas relacionadas como os PLA. Todos fatores que determinaram ou impediram a plena concretização e o desenvolvimento do PACA.

3.1. SUBSÍDIOS DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DO PACA (*INPUTS*)

3.1.1. Contexto Social e de Saúde

- **Ambiente Externo: subsídios das organizações europeias e internacionais após a aprovação do PACA**

Após a aprovação em 2001 pela Região Europeia da OMS do *European Alcohol Action Plan 2000-2005* (WHO Europe, 1999), na Segunda Conferência Ministerial Europeia, juntamente com a *Declaration on Young People and Alcohol* (WHO Europe, 2001) e tendo simultaneamente o Conselho da EU feito duas recomendações sobre o consumo de álcool pelos jovens (EUROPEAN COUNCIL, 2001) e sobre o desenvolvimento de uma estratégia comunitária (EUROPEAN COUNCIL, 2001^a) entrou-se numa fase onde as

¹¹³ PORTUGAL - Resolução do Conselho de Ministros 166/2000, Diário da República, I-B, n.º 276. 29 de Novembro – Plano de Ação Contra o Alcoolismo (PACA).

instituições internacionais e supranacionais esperavam o apoio e as iniciativas de aplicação de medidas por parte dos países. Este período durou até 2006, quando a UE aprovou finalmente uma estratégia comunitária para o período de 2006-2012 (EUROPEAN COMMISSION, 2006) e a Região Europeia da OMS propôs e aprovou a criação de um Quadro Europeu para a Política Álcool na Região Europeia da OMS (*Framework for alcohol policy in the WHO European Region*) (WHO Europe, 2006). A OMS também viria a reiniciar um trabalho de reforço das políticas do álcool, publicando mais um relatório de peritos (WHO, 2007), que serviria para preparar uma nova e mais abrangente estratégia global que seria desenvolvida a partir de 2008 (WHA, 2008^a).

Durante os primeiros anos a seguir a 2000, Portugal respondia positivamente, através principalmente da DGS e do MS, às solicitações de apoio as iniciativas internacionais, participando das iniciativas e reuniões mais importantes a esse nível¹¹⁴. Uma das observações no início dos anos 2000, ainda relacionada como o projeto ECAS (Norström, 2002; Leifman *et al.*, 2002) era que os países do Sul da Europa ainda tinham muito a fazer em termos de investigação e apresentavam défices em termos de políticas públicas e excessiva permissividade, nomeadamente Portugal e Grécia¹¹⁵. Todavia, Portugal tinha acabado de aprovar o PACA e parecia apresentar um compromisso político promissor para a sua aplicação nos anos subsequentes.

Nesta altura, o posicionamento de Portugal nas tomadas de decisões sobre Planos e recomendações adotados pela OMS e pelo Conselho Europeu foi de apoio introdução de políticas de regulação do consumo de álcool mais incisivas e pouco influenciáveis pelas estratégias ligadas a Indústria do Álcool¹¹⁶.

A partir de 2004 e até 2006 a participação da DGS e MS continuou a ser muito ativa no apoio à elaboração e melhor definição de uma política do álcool a nível da EU, nomeadamente através do grupo sobre Álcool e Saúde e na preparação de uma estratégia europeia, e da Região Europeia da OMS, através do *National Counterparts for Alcohol Policy* e da preparação da *Framework for alcohol policy*¹¹⁷.

Análise:

No início dos anos 2000, a conjugação de posições e colaboração mútua permitia que o trabalho a nível nacional fosse desenvolvido com apoio das entidades internacionais, sem grandes pressões políticas para a implementação de políticas públicas, mas com alguma expectativa sobre o seu desenvolvimento.

A partir de 2004, toda a preocupação dos organismos internacionais ou supranacionais estava mais voltada para a concretização de condições que promovessem melhores políticas do álcool com vista a ajudar todos os países nas dificuldades encontradas na implementação das políticas mais efetivas, fruto de interesses comerciais e económicos e de um contexto mais adverso que se apresentou no decorrer dos anos. Todavia, os desenvolvimentos internos das políticas do álcool de cada país em particular não foram fruto de uma mais incisiva intervenção nos anos que antecederam a produção de novas recomendações e planos por parte das entidades internacionais e supranacionais.

Os serviços da DGS e MS (em representação do governos) mantiveram junto da EU e da OMS o apoio às melhores orientações científicas para as políticas do álcool, mesmo

¹¹⁴ Documentos de Arquivo da DGS: - 20000000_04c G_TRAB COM EUROPEIA DGV ALCOHOL AND HEALTH; - 20010205_06a WHO national counterparts; - 20010215_06b INFO DSPSM MS conferência OMS Jovens e Álcool; - 20010215_09 info DSPSM DG jovens e álcool; - 20010309_04a CARTA MS DGS relatório seminario ECAS.

¹¹⁵ Documentos de Arquivo da DGS: - 20010309_04a CARTA MS DGS relatório seminario ECAS;

¹¹⁶ Documentos de Arquivo da DGS: - 20010319_06b CARTA DSPSM CRAS proposta recomendação CE; - 20010322_06b CARTA DSPSM MS proposta recomendação CE; - 20010605_13b EU council recommendation questionnaire.

¹¹⁷ Documentos de Arquivo da DGS: - 20050223_15 115ª SESSÃO OMS DGS; - 20050410_13b Framework; - 20050410_13b who_eu framework programme; - 20050410_13b who_eu framework; - 20050503_13b WHO_EU framework drafting; - 20051017_12b reunião pres_EU londres; - 20051206_13a proposta DSPSM reunião Alcool&Saude; - 20051213_12b sumario grupo trab Alcohol&Health; - 20051213_13a carta invitation meeting alcohol&health.

diante de indícios de pressão e influência de grupos representativos da Indústria do Álcool que foram identificados a nível externo e interno.

- **Ambiente Interno: subsídios da política após a aprovação do PACA**

1- Intervenções da governação à margem do PACA e suas repercussões: o caso da redução da taxa de álcool no sangue (TAS) máxima permitida na condução

- 1º Período: XIV Governo Constitucional - PS (25/10/1999 - 6/04/2002)

Em 1 de Outubro de 2001, por iniciativa do Governo em funções liderado pelo PS, entrou em vigor a descida da TAS permitida na condução automóvel, de 0,5 g/l para 0,2 g/l, aprovada e integrada no Código de Estrada por legislação própria publicada entre Maio e Junho do mesmo ano ¹¹⁸. Essa alteração ocorreu a margem das orientações do PACA ou de qualquer ação coordenada com responsáveis pelo plano e a sua implementação fazia referência a compromissos veiculados durante a campanha legislativa para o Governo de 1999. Na sua discussão e análise a esta medida, feita na altura da aprovação e posteriormente (Carvalho, 2003^a, 2004^a; OPSS, 2002), foram levantados vários pontos técnicos críticos: (i) esta alteração foi um dos argumentos considerados, em 1998, pelo grupo de trabalho interministerial nomeado para acompanhar a aplicação da regulamentação do Código da Estrada, desde a publicação da Portaria conjunta dos Ministérios da Administração Interna, da Saúde e da Justiça n.º 1006/98, de 30 de Novembro, sendo que esse grupo técnico sempre manifestou desacordo reiterado com a descida da TAS na condução que era do conhecimento do Governo; (ii) uma das razões da rejeição técnica desta medida se prendia à fiscalização aleatória dos condutores rodoviários em Portugal (comumente conhecida como operações stop), que, mesmo com a permitindo uma TAS na condução até 0,5 g/l, correspondia a 1/5 da média realizada na UE; (iii) não seria uma solução completa por si mesma, já que o álcool (...) não parece ser o único fator responsável pela elevada e grave sinistralidade rodoviária, quer em Portugal, quer noutros países.

Além de não ser uma medida bem recebida em termos técnicos, alguns setores da sociedade também já vinham se manifestando contrários a medida e, quando da sua entrada em vigor, reagiram de imediato e fortemente, demonstrando como os seus interesses estavam em jogo. Produtores, associações vitivinícolas, confederações de agricultores e Presidentes das Câmaras das regiões envolvidas se manifestaram publicamente, pressionaram a AR, o Governo e a opinião pública, fazendo um grande *lobbying* contra a medida e no dia 29 de Novembro de 2001 (dois meses depois da entrada em vigor da medida e nas vésperas das eleições autárquicas), o grupo parlamentar do partido no Governo leva à Comissão de Assuntos Constitucionais a proposta da suspensão, durante 9 meses, da taxa de 0.2 g/l. A oposição do próprio PS às medidas do Governo do mesmo partido deixou marcas e enfraqueceram a governação, apesar das declarações à imprensa (notícia da TSF):

«(...) O deputado socialista (Francisco Assis, líder parlamentar do PS) diz que o que é importante não é saber se há ou não um recuo. “Nós temos que estar atentos ao que são as evidências. Continuamos a reconhecer-nos na ação do Governo no que tem sido o combate à sinistralidade rodoviária”.

Sobre o facto de esta medida ir contra a decisão do Governo, Francisco Assis disse à TSF que não sente que o grupo parlamentar esteja a “tirar o tapete” ao Governo.

“Mesmo o primeiro-ministro, contactado nos últimos dias, disse que era uma questão que agora estava no Parlamento e que respeitariam a decisão fosse ela qual fosse”, concluiu Francisco Assis.»

Rádio Notícias TSF, 29/11/2001 - “A taxa de alcoolemia pode voltar aos 0,5 g/l na sexta-feira”.

¹¹⁸ Alteração ao Código da Estrada aprovada pelo Decreto-Lei nº 162/2001 de 25 de Maio, publicado no Diário da República, I Série-A nº 118, e Decreto-Lei nº 178/2001 de 121 de Junho, que definiu a entrada em vigor a partir de 1 de Outubro de 2001.

A suspensão foi aprovada e entrou em vigor em 07 de Janeiro de 2002 com ampla cobertura dos *media*. A legislação que suspendeu temporariamente a TAS de 0,2 g/l criou também uma comissão de acompanhamento para analisar a questão que nunca foi nomeada devido às eleições legislativas com alteração da AR e Governo (OPSS, 2002). O Jornal “Diário de Notícias”, de 29 de Novembro de 2001 espelha claramente a situação no seguinte texto:

«(...) foi o assumir da cedência aos “lobbies” dos produtores de vinho, que nos últimos 15 dias têm bombardeado ... o Governo com pressões. Uma onda de tal ordem que envolveu numerosos Presidentes de Câmara ... preocupados com os resultados da taxa de alcoolemia não sobre a sinistralidade, mas sobre as eleições autárquicas.»

Jornal “Diário de Notícias”, de 29/11/2001

Outro artigo escrito posteriormente aos acontecimentos, de Março de 2002 enfatiza a má escolha política do Governo PS em relação às políticas do álcool:

«(...) Depois de aprovado o Plano em Conselho de Ministros, contudo, iniciou-se o recorrente processo de “suavização” de impactos: a maior parte das medidas são esquecidas e outras, como a publicidade de bebidas alcoólicas e a idade mínima de consumo (16 anos) tornaram-se menos ambiciosas. Em vez de dar continuidade aos estudos que vinham sendo efetuados, o Governo preferiu ficar lembrado nesta matéria por uma iniciativa própria, nascida e criada no Ministério da Administração Interna, mal sustentada cientificamente mas de grande impacto mediático. A redução da Taxa de Álcool no Sangue (TAS) de 0,5 para 0,2 gramas por litro de sangue - e a sua negação uns meses depois - gerou um facto político, fortalecendo a crítica oposicionista da cedência aos “lobbies” e precipitando os socialistas para o “pântano”.»

Jornal Público, 04/03/2002. - “Governos menos «dependentes» do álcool do que da droga”. Escrito por Catarina Gomes e Ricardo Dias Felner

No rescaldo das eleições autárquicas, com maus resultados para o partido do Governo (PS), o Primeiro-Ministro António Guterres se demite e ocorre a dissolução da AR, em Dezembro de 2001. Após novas eleições legislativas tem-se o fim do mandato do Governo de Guterres (PS) e a tomada de posse do novo Governo de Durão Barroso (PSD) em Abril de 2002.

A 5 de Julho de 2002, a AR reporia definitivamente a TAS máxima permitida nos 0,5 g/l, através de uma proposta do PSD, apresentada um mês antes, confirmando a cedência às argumentações e reivindicações da Indústria do Álcool e dos grupos de interesse dos setores envolvidos e redireccionando o discurso para o aumento da fiscalização e de um plano (supostamente o PACA) que não se desenvolvia entretanto, como se vê na notícia do Jornal “Público” de 12 de Junho de 2002:

«(...) Hoje, o PSD apresentou um projeto de lei onde propõe a reposição da taxa de alcoolemia permitida aos condutores nos 0,5, avançando ainda com propostas do aumento de coimas para os condutores que apresentem uma taxa superior a 0,5 e a 0,8.

«Importa sobretudo apostar no reforço da fiscalização seletiva da condução sob a influência do álcool e na prevenção dirigida a este tipo de comportamento, integrado num amplo e multidisciplinar plano de combate ao alcoolismo», adiantou o deputado “laranja” Nazaré Pereira. (...)»

Jornal Publico, 12/06/2002. - “PSD quer repor taxa de alcoolemia nos 0,5 gramas: projeto de lei social-democrata apresentado na assembleia da república”. Escrito por Publico.pt e Lusa

Nesta altura, a desinformação e utilização de argumentos vindos de grupos de interesse da Indústria do Álcool continuavam no discurso dos partidos envolvidos na iniciativa. Os demais partidos que se opunham encontravam-se ainda perdidos, propondo analisar melhor a questão antes de decidir pela taxa reduzida ou reintroduzi-la como sinal de segurança para os cidadãos, apesar da falta de condições notórias, identificadas no passado mas ainda existentes, para uma fiscalização por parte das autoridades. A notícia do Jornal “Público” de 5 de Julho de 2002 mostrava claramente a profusão de argumentos e pontos de vista:

«(...) o executivo não estará presente no debate de hoje. Será a bancada parlamentar do PSD a defender a sua própria proposta de alteração à lei. Com o apoio assegurado do CDS e a contestação garantida do PS e PCP que querem uma comissão a analisar os efeitos do álcool na condução antes de tomar uma decisão e a oposição frontal do BE que vai lutar pela aplicação da taxa de 0,2.

O deputado social-democrata Nazaré Pereira antecipou a argumentação a apresentar no plenário pelo seu partido. O PSD vai defender "que não há nenhuma relação entre sinistralidade e taxa de alcoolemia", lembrando o caso da Inglaterra. Ribeiro dos Santos, que será hoje o porta-voz do partido, vai argumentar que os dados europeus apresentam aquele país com o "mais baixo índice de sinistralidade da Europa", quando a taxa de alcoolemia se fica pelos 0,8 g/l.

A coligação (PSD e CDS) vai ainda usar os indicadores de acidentes mortais do último trimestre de 2001, altura em que a taxa de 0,2 g/l estava em vigor, e aumentou o número de mortes por acidente de viação. Uma subida que o PSD vai explicar com quebra da capacidade da GNR em fiscalizar as estradas. (...)

O PS contrapõe a esta argumentação com duas iniciativas no plenário: uma resolução que aconselha o Parlamento e o Governo a nomear representantes para a comissão já criada com o intuito de estudar a eficácia da descida da taxa para os 0,2 e um projeto de lei que propõe o alargamento do prazo de trabalho desse grupo. (...)

Quanto ao BE, defende hoje a sua proposta de revogação da suspensão da taxa de 0,2 g/l. "O que está em causa é dar um sinal de segurança rodoviária", o que, para o Bloco, só se consegue com a aplicação nas estradas da taxa mais baixa. (...)

Jornal Publico, 05/07/2002. - "Alcoolemia no Parlamento antecipa pacote de medidas do Governo: executivo não estará presente no debate de hoje". Escrito por Nuno Sá Nogueira

O período que vai de meados de 2001 até meados de 2002 esteve afetado pelas repercussões oriundas da tentativa de implementação de uma medida ligada a condução sob o efeito do álcool. A entrada na agenda política do assunto levou a uma tomada de decisão política própria, à margem das orientações técnicas, que resultou em danos políticos e fraturas institucionais, interferências e pressões de grupos e corporações sociais sobre os governos e partidos, criando um clima desfavorável ao reforço do legítimo processo de implementação interinstitucional das políticas do álcool que estavam definidas no PACA. O Governo do PS, antes do seu término em Abril de 2002, ainda aprovou outras medidas legislativas referentes ao PACA, mas já com sinais de cedências aos interesses instalados e desvios às orientações originais.

- 2º Período: XV Governo Constitucional - PSD/CDS (6/04/2002 - 17/07/2004)

O Governo do PSD/CDS, que assumiu funções em 2002, anulou o processo de redução da TAS na condução, mas não demonstrou vontade política para implementar outras iniciativas neste campo específico ou em qualquer outro na área das políticas do álcool nos primeiros tempos. Apesar de constar do Programa de Governo, só a partir de 2004 as políticas do álcool voltariam a fazer parte da agenda política da Saúde, mas sem concretizações.

Análise:

Os acontecimentos relatados sobre a definição da TAS na condução, que decorreram entre 2001 e 2002, marcaram a agenda política e influenciaram as ações dos governos, partidos políticos e dos setores ligados à Indústria do Álcool que se seguiram, afetando o desenvolvimento do PACA. Não sendo motivo bastante para impedir os melhores desenvolvimentos nas políticas do álcool e do PACA, foi pelo menos ruído e justificação para que os interesses presentes promovessem a resistência a qualquer mudança nas políticas do álcool e influenciassem as posições dos partidos políticos nesse sentido.

2- As imposições socioeconómicas e da governação à administração pública e serviços da saúde

- 2º Período: XV Governo Constitucional - PSD/CDS (6/04/2002 - 17/07/2004) e 3º Período: XVI Governo Constitucional - PSD/CDS (17/07/2004 - 12/03/2005)

A crise financeira mundial gerada pelos acontecimentos posteriores ao 11 de Setembro de 2001, associada a uma situação económica de *deficit* das contas públicas e

endividamento persistente Portugal acabaram por obrigar o Governo recém-empossado, a partir de 2002 e nos anos seguintes, a implementar um Programa de Estabilidade e Crescimento, com uma redução da despesa e reestruturações da administração pública.

Os investimentos necessários ao desenvolvimento das medidas do PACA, nomeadamente de alocação de recursos, ficaram parcialmente comprometidos no âmbito do orçamento de estado. Por outro lado, medidas legais e fiscais que pudessem afetar um setor produtivo, como o da Indústria do Alcool, não seriam bem recebidas nessas circunstâncias.

- 4º Período: XVII Governo Constitucional - PS (12/03/2005 - 26/10/2009)

Na continuidade da crise financeira e económica de Portugal, o Governo que tomou posse estabeleceu um novo Programa de Estabilidade e Crescimento e, a partir de 2006, uma redução de despesa e reestruturação da administração pública (PRACE) com consequências a nível dos serviços de saúde, nomeadamente na área da alcoologia.

A fusão dos CRAs ao IDT promoveu o fim dos planos para o desenvolvimento de uma rede alcoológica e uma coordenação das políticas do álcool como havia sido planeada desde 2000 pelo PACA.

Análise:

A influência da situação económico-financeira de Portugal nas contas públicas, nos orçamentos e no funcionamento da Administração Pública são inegáveis e possuem impacto significativo no desenvolvimento das políticas públicas, incluindo as políticas do álcool. Esta situação, que perdurou desde os primeiros anos da década de 2000, influencia não só o desenvolvimento de serviços públicos de saúde, administrativos e sociais, como também o desenvolvimento de medidas que possam afetar o funcionamento do setor económico em causa e as potencial receita que gera aos cofres públicos.

3.1.2. Arena dos Atores Sociais

- **Sistema Político: subsídios do Governo, da Administração Pública e dos Partidos Políticos após a aprovação do PACA**

1. A Comissão Interministerial de Acompanhamento do PACA

- 1º Período: XIV Governo Constitucional - PS (25/10/1999 - 6/04/2002)

A Comissão Interministerial de Acompanhamento do PACA, prevista na Resolução que deu origem ao plano, não foi constituída no decorrer do prazo de seis meses definido para a formulação das propostas de regulamentação (até 30 de Maio de 2001) e nem durante os dois primeiros anos de vigência do plano em que o Governo do PS se manteve em funções.

Após a aprovação do PACA, a Comissão Interministerial que estudou o assunto e apresentou a proposta de plano continuou a se reunir durante o 1º semestre de 2001 para finalizar os trabalhos. A última reunião dessa Comissão ocorreria no início de Maio de 2001 e antecedeu a entrega ao Secretário de Estado da Saúde¹¹⁹ e ao Governo de um pacote completo de proposta de regulamentação para o PACA, dentro do prazo indicado no diploma. A Comissão Interministerial não voltaria a ser requisitada nem consultada, inclusive sobre o conteúdo dos diplomas que a partir daqui seriam elaborados e publicados pelo Governo (Carvalho, 2004^a; OPSS, 2003).

Entretanto, após a aprovação do PACA, o processo necessário ao seu desenvolvimento parece ter ficado momentaneamente suspenso, incluindo a definição da Comissão

¹¹⁹ Documento de Arquivo da DGS: - 20010820_04a CARTA DSPSM resposta ao requerimento Nuno Freitas_PSD 20000912.

Interministerial de Acompanhamento, fosse a nível do MS ou do Governo. Para a falta de iniciativa ou apoio do MS, principal responsável pela condução e encaminhamento das propostas até então, parece ter contribuído as mudanças ocorridas no MS em Julho de 2001, com a saída da Ministra Manuela Arcanjo e entrada do Ministro Correia de Campos e outras iniciativas do Governo relativas à condução sob efeito do álcool (Carvalho, 2003).

O assunto da regulamentação do PACA reaparece nas mãos da PCM a partir de Setembro de 2001, em articulação direta com os ministérios, incluindo o Gabinete do Ministro da Saúde¹²⁰, que, por sua vez, consulta a DGS para apreciações técnicas sobre propostas de regulamentação específicas de diplomas que já apresentavam alterações de conteúdo às determinações originais do PACA. Nenhuma discussão sobre a constituição da Comissão Interministerial de Acompanhamento do PACA ou nomeação dos membros faz parte da agenda da PCM¹²¹.

No final de 2001, o Governo se demite na sequência das eleições autárquicas e permanece em gestão até Abril de 2002. Nesse período foram aprovados em Conselho de Ministros apenas três diplomas ligados ao PACA, quase sempre com pequenas alterações que comprometiam os seus objetivos, deixando vários assuntos do PACA sem resposta, inclusive a constituição da Comissão de Acompanhamento.

- 2º Período: XV Governo Constitucional - PSD/CDS (6/04/2002 - 17/07/2004) e 3º Período: XVI Governo Constitucional - PSD/CDS (17/07/2004 - 12/03/2005)

A partir de meados de 2002 a DGS continuaria a abordar a questão da constituição de uma Comissão Interministerial de Acompanhamento do PACA junto do Gabinete do Ministro da Saúde do novo Governo (PSD), sugerindo os meios legais para o fazer. Estas missivas da DGS encontram-se documentadas através de uma vasta troca de correspondência com a tutela do MS¹²². A DGS apresenta propostas concretas de diploma a ser produzido e indicações dos representantes da Saúde disponíveis para o efeito. Este processo começa no 2º semestre de 2002 e se estende periodicamente pelos anos seguintes até 2005, abrangendo os dois Governos do PSD/CDS e o Governo seguinte do PS. Os diversos responsáveis do MS dos Governos do PSD, apesar de se mostrarem interessados e por vezes participantes no processo que permitiria a constituição dessa comissão, nunca efetivaram realmente o assunto.

No início de 2005, durante o segundo Governo do PSD/CDS, o MS chegou a ter o diploma legislativo elaborado e com os responsáveis dos diversos serviços e ministérios já identificados para a Comissão Interministerial, mas o despacho conjunto nunca foi aprovado.

- 4º Período: XVII Governo Constitucional - PS (12/03/2005 - 26/10/2009)

Em Abril de 2005, no novo Governo do PS, o MS demonstra de novo interesse em desenvolver o assunto, mas no final de 2005 as missivas da DGS se encerraram após o Governo do PS demonstrar falta de vontade política de proceder a criação da comissão e a implementação do PACA.

Durante todos os anos que decorreram, o assunto da Comissão Interministerial de Acompanhamento e da necessidade de regulamentação de medidas não esteve esquecido da comunidade técnica da Saúde, nem isenta de críticas. O OPSS referiu a questão direta e indiretamente nos seus relatórios da primavera de sucessivos anos entre 2002 e 2005 de diversas formas (OPSS, 2002; 2003; 2004; 2005):

¹²⁰ Documentos de Arquivo da DGS: - 20010927 reunião PCM decisões regulamentação PACA; - 20011015_04a CARTA DSPSM MS regulamentação PACA; - 20020411_04a CARTA DSPSM MS regulamentação PACA

¹²¹ Documento de Arquivo da DGS: - 20010927 reunião PCM decisões regulamentação PACA

¹²² Documentos de Arquivo da DGS: - 20020801_08 projeto despacho Com_Intremin_Alcool DGS; - 200200602_20060314 comissão interministerial acompanhamento PACA

(...) A regulamentação do PACA (Plano de Ação Contra o Alcoolismo) mantém-se incompleta (...); Não houve qualquer decisão sobre o funcionamento ou composição da Comissão Interministerial nomeada para elaborar a proposta de regulamentação e acompanhar a respetiva aplicação (...) (OPSS, 2003)

(...) o PACA – Plano de Ação contra o Alcoolismo – se mantém incompletamente regulamentado e continua por nomear uma nova comissão interministerial que, como definido, acompanhe e coordene a sua aplicação (...) (OPSS, 2004)

Um Modelo para a Implementação do Plano Nacional de Saúde (...)

7. Legislação

Melhorar a legislação de saúde em relação a aspetos como o tabaco, o álcool, certos riscos ambientais, pode considerar-se um elemento importante de um modelo de implementação do PNS. Depois é necessário cumpri-la. (OPSS, 2005)

Análise:

O PACA refere como uma medida estrutural fundamental para o sucesso da implementação do plano a criação de uma comissão interministerial de acompanhamento da aplicação e do desenvolvimento das medidas.

O fato de não se ter constituído uma comissão de acompanhamento é exemplo da falta de regulamentação básica do PACA. Apesar da insistência dos responsáveis da Saúde pelo álcool, em nenhum dos diversos Governos que exerceram funções desde a data de criação do PACA, em 2000, até pelo menos 2006, o que comprometeu toda a gestão do PACA, seja em termos da sua regulamentação e alocação de recursos, seja em termos de coordenação das medidas e meios, seja em termos de fiscalização, avaliação e medidas corretivas.

Além da necessária definição da sua constituição e nomeação dos seus representantes, não estavam definidas as funções, competências, recursos e meios que a comissão possuiria para execução da sua tarefa.

Admite-se que esta ocorrência seja intencional e demonstrativa da tendência de centralização dos assuntos sensíveis durante todo o tempo aos níveis mais altos do poder governativo. Esses assuntos necessitam de auscultação dos atores envolvidos, implicam lidar com as influências presentes e são comumente alvo de negociações. As tomadas de decisões e reeleições são constantes, perduram no tempo e não permitem que a elas se siga um período estável de implementação das decisões e políticas preconizadas.

Por outro lado, a maioria dos assuntos de Saúde Pública não se coaduna com os jogos de influências da política, nem sempre legítimo e defensor do bem-público, nem serve ao objetivo de obter resultados imediatos. Os assuntos de Saúde Pública, como as políticas do álcool, necessitam de organização e mecanismos estáveis e contínuos, possuem uma implementação demorada, as suas medidas de políticas públicas se desenvolvem por períodos de tempo extensos e de acordo com os contextos que se apresentam e os seus resultados se fazem a longo prazo.

2. Medidas Regulamentares e Normativas Necessárias a Execução do PACA

- 1º Período: XIV Governo Constitucional - PS (25/10/1999 - 6/04/2002)

As medidas de regulamentação do PACA estão definidas como sendo da responsabilidade do Governo e nomeadamente dos Ministros envolvidos em cada assunto, sendo assim sobre estes que recaem a continuidade da tomada de decisões e a sua aplicação.

Simultaneamente à aprovação do PACA, em Novembro de 2000, tinha sido aprovada a regulamentação da RAN¹²³, cumprindo em parte uma medida descrita no PACA sobre as políticas públicas de “Intervenções no consumo de risco e nocivo de álcool e dependência de álcool”. Essa medida dependia exclusivamente do Ministério da Saúde e tinha sido desenvolvida durante o período de elaboração do PACA. Todavia, necessitava de aplicação e implementação e implicava reajustes na alocação de recursos financeiros e meios.

No início de 2001, as notícias veiculadas sobre a aprovação do PACA e suas medidas começaram a afetar a relação entre os grupos com interesses e o Governo, alterar a vontade política do mesmo, como se vê um artigo que relembra os episódios ocorridos:

«Os recuos começaram logo nesse altura (aprovação do PACA em Novembro de 2000), depois de uma alínea ter posto de imediato em polvorosa o mundo do desporto e das cervejeiras: ia ser proibido "o patrocínio por parte de marcas de bebidas alcoólicas" de atividades desportivas, culturais e recreativas, dirigidas a menores" e interdito "o patrocínio de seleções nacionais por marcas de bebidas alcoólicas". O que punha em causa a realização de vários eventos (patrocinados por marcas de vinho e cerveja), (...)

O então secretário de Estado da Saúde, José Miguel Boquinhas, apressou-se a vir a público esclarecer que a proibição apenas vigoraria nos eventos expressamente dirigidos a menores.»

Jornal Público, de 02-01-2002. - “Plano contra Alcoolismo corre o risco: História sinuosa”. Pg. 20/21. Escrito por Alexandra Campos com Ricardo Dias Felner.

Na verdade, nos primeiros meses de 2001 pouco se ouviu sobre a vontade política do Governo relativa às iniciativas de regulamentação do PACA. Mesmo a cobrança dos partidos em relação ao assunto não geraram debate. O trabalho da Comissão Interministerial que apresentou a proposta do PACA finalizou no início de Maio de 2001 com a entrega ao Governo de um pacote de propostas de regulamentação do plano¹²⁴, que não gerou reação ou debate no seio do Governo, nem notícia.

A partir de meados do ano de 2001 as atenções do Governo se voltaram totalmente para um assunto que se desenvolveu paralelamente ao PACA, relacionado com a redução da TAS para 0,2 g/l no Código da Estrada, que se estendeu, entre a sua aprovação, entrada em vigor e posterior suspensão, até o fim do ano de 2001. A situação seria definitivamente anulada em meados de 2002 pelo Governo seguinte.

A partir do segundo semestre de 2001, o Governo, através da PCM, começou a trabalhar de forma efetiva na regulamentação do PACA, com conversações diretas com os Ministérios envolvidos e orientações próprias para as medidas a implementar. Um sumário das determinações saídas da reunião do Conselho de Ministros sobre o PACA¹²⁵ nesta data deixa antever uma agenda que, em alguns aspetos, já se distanciavam das determinações originais de implementação do PACA, dentre elas se destacam:

«1. Definição do limite etário da proibição de venda e consumo de bebidas alcoólicas: (...) será fixado nos 16 anos relativamente ao vinho e cerveja e nos 18 anos relativamente às restantes bebidas alcoólicas. (...)

3. Definição do horário de interdição de venda de bebidas alcoólicas nas áreas de serviços das autoestradas: Medida adiada. (...)

4. Implementação de medidas fiscais: O Ministério das Finanças decidirá a alteração ou não do IVA. O IABA será aumentado de forma diferenciada, sem afetar o vinho. Será criada uma dotação específica como alternativa à consignação de receitas para o desenvolvimento de medidas de investigação, prevenção, tratamento e reabilitação de problemas ligadas ao álcool. (...)

6. Implementação de um sistema de rotulagem, alertando para os perigos do consumo de bebidas

¹²³ Decreto-Lei 318/2000, de 14 de Dezembro, que reorganiza e reestrutura os centros regionais de alcoologia, criados pelo Decreto Regulamentar n.º 41/88, de 21 de Novembro, e regulados até então pelo Decreto-Lei n.º 269/95, de 19 de Outubro, que entretanto é revogado pela entrada em vigor deste diploma.

¹²⁴ Documentos de Arquivo da DGS: - 20010820_04a CARTA DSPSM resposta ao requerimento Nuno Freitas_PSD 20000912.

¹²⁵ Documento de Arquivo da DGS: - 20010927 reunião PCM decisões regulamentação PACA

alcoólicas: Medida adiada (...)

8. Projetos ainda não apresentados: projeto de alteração do Código das Custas Judiciais (Min.Justiça); projeto de alteração do IABA e de criação de dotação específica (Min.Finanças).»

É indicado também que se deveria avançar com os seguintes aspetos do PACA:

«2. Definição dos perímetros em torno dos estabelecimentos escolares dentro do qual será proibida a instalação de novos estabelecimentos de venda de bebidas alcoólicas: A medida será introduzida no projeto de decreto-lei sobre restrições à venda e consumo. (...)

5. Proibição de patrocínio por marcas de bebidas alcoólicas de seleções nacionais e de atividades desportivas, culturais ou recreativas dirigidas a menores: Avançar com o projeto existente que altera o Código da Publicidade. (...)

7. Avançar com os restantes projetos existentes: 2 projetos sobre a promoção e educação para a saúde; projeto sobre restrições à venda e consumo; projeto sobre restrições à venda e consumo nos locais de trabalho da Administração Pública; projeto e programa de formação dos profissionais de hotelaria; código de conduta.»

A partir daí foram feitas algumas consultas à DGS/MS, relativas a alguns diplomas específicos, mas que não abrangeram a totalidade dos diplomas e demonstraram não ser vinculativas, como comprovam alguns documentos.

Na consulta feita pela PCM¹²⁶, em Outubro de 2001, relativa ao diploma que regula a venda e consumo de bebidas alcoólicas, e no que se refere a menores de idade, pode-se verificar o reforço da indicação e fundamentação da resposta dadas pela DGS/MS sobre a necessidade de se fixar a idade mínima de venda nos 18 anos, ao invés dos 16 anos que apareciam. Fez-se também reparos sobre a intenção de atribuir competências discricionárias aos municípios no que respeita a autorização de funcionamento de estabelecimentos de bebidas a volta das escolas, defendendo que esta norma deveria ser uma diretiva nacional e clara na sua definição. Todavia, estas indicações não seriam tidas em conta ou inseridas do diploma final, o que demonstra claramente a origem dos responsáveis pela mudança e a componente política dessa mudança.

Na consulta feita pelo secretário de Estado da Administração Pública e da Modernização Administrativa¹²⁷, em Fevereiro de 2002, relativa ao diploma que regula a venda e consumo de bebidas alcoólicas na administração pública, as pequenas propostas de alteração feitas pela DGS foram acolhidas, não tendo a DGS/MS feito observações que pusessem em causa os objetivos ou conteúdos abordados pelo diploma.

Foi do final de 2001 até meados de 2002, que se efetivaram as primeiras regulamentações associadas ao PACA desde a regulamentação da RAN, já com o Governo do PS demissionário após os maus resultados das eleições autárquicas e desgastado pelas polémicas criadas com o recuo na definição da TAS máxima para a condução. Apresentando medidas legislativas suavizadas e em alguns pontos eliminadas, a regulamentação do PACA foi posta em causa pela comunicação social e no discurso de alguns membros do Governo assistia-se a mensagens conciliatórias sobre as ações vistas como negativas e a vontade política de implementação do PACA:

«Apesar de não se poder afirmar que o Plano de Ação contra o Alcoolismo tenha tido um grande nível de execução, isto não significa que este conjunto de medidas orientadoras vá ser abandonado, disse ao Público o chefe de gabinete da secretária de Estado adjunta da Saúde, João Vargas Milheiro. O Plano de Ação contra o Alcoolismo é um plano multidisciplinar, isto é, que envolve várias áreas, o que cria "um problema de articulação". E o facto de ser tão ambicioso é "uma das suas fragilidades", admitiu aquele responsável, considerando que talvez se tenha querido ir "longe de mais".»

Jornal Público, 02-01-2002. "Governo diz que não vai desistir". Pg. 20.

¹²⁶ Documentos de Arquivo da DGS: - 20011015_04a CARTA DSPSM MS regulamentação PACA

¹²⁷ Documentos de Arquivo da DGS: - 20020411_04a CARTA DSPSM MS regulamentação PACA.

Em 11 de Janeiro de 2002, o próprio Secretário de Estado da Presidência do Conselho de Ministros Vitalino Canas, que tinha o trabalho de regulamentação do PACA em mãos nesta altura, fazia declarações à imprensa contrárias a análise da comunicação social, apresentando um balanço positivo da implementação do PACA e esclarecendo que a questão da redução e da suspensão TAS na condução:

«O Plano de Ação contra o Alcoolismo, aprovado em Novembro de 2000, “está praticamente executado” e não foi afetado pela decisão de suspender o limite da taxa de alcoolemia, na condução, de 0,2 gramas por litro de sangue, afirmou ontem o secretário de Estado da Presidência do Conselho de Ministros, Vitalino Canas, após a reunião semanal do Conselho de Ministros.

A suspensão, pelo Governo, do limite da taxa de alcoolemia de 0,2 gramas foi uma medida que “não estava contida” no Plano de Ação contra o Alcoolismo e “passou ao lado” da sua execução, esclareceu Vitalino Canas, referindo que a grande maioria das medidas previstas já foi cumprida. “O problema, que tanta polémica tem suscitado, de saber se a proibição se deve iniciar nos 0,3 ou nos 0,5 graus de alcoolemia é uma questão que deve ser analisada separadamente do Plano de Ação e dos seus resultados”, frisou. “Noventa por cento das medidas já foram adotadas”, faltando apenas aplicar três medidas “menos relevantes”, acrescentou.»

Jornal Público, 11-01-2002. “Governo afirma que o plano contra o alcoolismo “está praticamente executado””. Pg. 30. Escrito por Paula Torres de Carvalho.

Na fase final do mandato do Governo do PS estavam publicados 4 diplomas legais sobre algumas das medidas do PACA, nas seguintes dimensões de políticas públicas:

- “Intervenções no consumo de risco e nocivo de álcool e dependência de álcool” - Decreto-Lei 318/2000, de 14 de Dezembro (Portugal, 2000^b), que reorganiza e reestrutura os centros regionais de alcoologia, criados pelo Decreto Regulamentar n.º 41/88, de 21 de Novembro, e regulados até então pelo Decreto-Lei n.º 269/95, de 19 de Outubro, que entretanto é revogado pela entrada em vigor deste diploma;
- “Regulação do *marketing* e da promoção do álcool” - Decreto-Lei n.º 332/2001, de 24 de Dezembro (Portugal, 2001), que altera o Código da Publicidade, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 330/90 de 23 de Outubro;
- “Regulação do acesso físico ao álcool” (que inclui as restrições à disponibilidade de álcool e a venda a menores) - Decreto-Lei n.º 9/2002, de 24 de Janeiro (Portugal, 2002), que estabelece restrições à venda e consumo de bebidas alcoólicas e altera os Decretos-Lei n.º 122/79, de 8 de Maio, n.º 25/86 de 25 de Agosto, n.º 168/97, de 4 de Julho e n.º 370/90, de 18 de Setembro; e - Portaria n.º 390/2002, de 11 de Abril (Portugal, 2002^a) que regulamenta as prescrições mínimas em matéria de consumo, disponibilização e venda de bebidas alcoólicas nos locais de trabalho da Administração Pública.

Apesar de importantes estes diplomas pecavam por desvios das orientações originais e representavam cedências aos interesses privados da Indústria do Álcool. Além disso, muito ficou por fazer: várias áreas de políticas públicas e medidas ficaram desassistidas em termos legislativos ou normativos ou em termos de alocação de recursos e meios para a sua implementação.

- 2º Período: XV Governo Constitucional - PSD/CDS (6/04/2002 - 17/07/2004)

O fim do Governo liderado pelo PS em 6 de abril de 2002 e começo do Governo liderado pelo PSD/CDS-PP definiu em termos práticos o fim do ciclo de regulamentação do PACA, nomeadamente por ser um projeto do Governo iniciado pelo PS.

O Governo do PSD/CDS, que assumiu funções em Abril de 2002, depois de anular definitivamente as iniciativas do anterior Governo sobre a redução da TAS na condução, inscreveria nas Grande Opções do Plano para 2003-2006¹²⁸ como prioridade de Saúde “a

¹²⁸ PORTUGAL. ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA - Lei nº 32-A/2002, de 30 de Dezembro. Diário da República, I Série-A nº 301. 30 de Dezembro de 2002. Aprova as Grande Opções do Plano para 2003-2006.

adoção de uma política nacional de prevenção ao alcoolismo, com meios humanos, técnicos e financeiros reforçados para a informação, o aconselhamento, a formação profissional e o tratamento, reabilitação e reinserção social”. Todavia as suas ações neste sentido foram parcas nos primeiros anos e não foi criada mais nenhuma legislação referente ao PACA ou alguma estrutura de acompanhamento do plano ou das medidas existentes.

Outras tentativas de desenvolvimento do PACA, ou uma alternativa possível, surgiram durante os Governos seguintes nos períodos de 2002-2004 e 2004-2005. Enquanto o impasse do desenvolvimento do PACA se fazia presente, a DGS procurava soluções alternativas. Uma série de documentos demonstram que já em 2003 que a DGS desenvolvia esforços para definir uma articulação possível entre os serviços dos CRAs e do IDT¹²⁹ através do estabelecimento de um protocolo tripartido entre as instituições. Este incluiria, entre outros, na área da prevenção a participação na sensibilização, informação, formação, elaboração de material informativo e pedagógico, na área do tratamento a possibilidade de utilização das estruturas de desintoxicação e tratamento em comunidades terapêuticas públicas e protocoladas e formação mútua de técnicos, e na área da reinserção a integração em programas apoiados de inserção profissional (Programa Vida-Emprego). Entretanto, algumas questões estratégicas e legais dificultaram uma mais ampla articulação e especialmente a utilização de recursos destinados a toxicodependentes por alcoólicos, como era o caso de camas protocoladas pelo IDT e o Programa Vida-Emprego. Assim, esse processo parece ter sido suspenso.

Simultaneamente, entre 2003 e 2004 a DGS procurava junto do MS a regulamentação do PACA¹³⁰, nomeadamente da Comissão Interministerial de Acompanhamento do PACA e do Conselho Técnico de Alcoologia no âmbito da RAN.

Também no âmbito da elaboração do PNS 2004-2010 (Portugal, Ministério da Saúde, 2004) no início de 2004, desenvolvido no seio da DGS, os PLA foram definidos como uma prioridade de saúde. A partir da discussão desse documento, assistiu-se ao ressurgir de um discurso sobre as políticas do álcool, mas sem repercussões em termos práticos.

Durante a elaboração do PNS, o discurso do Ministro da Saúde sobre a prevenção e sobre a Rede Alcoológica, bem como do Primeiro-ministro sobre o reforço das leis que restringem a venda de álcool, na altura relatado na imprensa reforçaram o apoio a essas estratégias:

(...) «O ministro da Saúde, Luís Filipe Pereira, que encerrou o simpósio, lembrou que a reforma em curso do Sistema Nacional de Saúde vai dar grande importância à prevenção. O Plano Estratégico da Saúde, em discussão, “pretende fazer o diagnóstico dos grandes problemas da sociedade, o que vai permitir pôr no terreno alguns programas específicos, nomeadamente no âmbito da alcoologia”, disse o ministro, que ressaltou a importância de uma interligação entre a ação estatal e a sociedade civil.»

Jornal Diário Notícias, 31-01-2004 – “Negrão critica falta de investimento”. Pg. 01 e 25. Escrito por Joana de Belém.

«Luís Filipe Pereira anunciou ontem que o Ministério da Saúde quer utilizar os centros de tratamento de toxicodependentes para combater o alcoolismo, através da criação de uma Rede Alcoológica Nacional, inserida no Plano Nacional de Saúde.

¹²⁹ Documentos de Arquivo da DGS: - 20030212_00 reunião DGS IDT_Fernando Negrão notas pessoais; - 20030319_53 parecer protocolo IDT_DGS_CRAS; - 20030400_00 reunião IDT Escameia notas pessoais; - 20030528_00a IDT_DGS anteprojecto protocolo colaboração; - 20030618_00a IDT_reuniao protocolo colaboração; - 20031020_53 IDT_DGS parecer finacimento tx álcool; - 20031107_00a IDT carta_FernandoNegrão encontro tecnicos de prevenção; 20031119_00 reunião IDT topicos de articulação; - 20031125_00 email interligação IDT_CRAS;

¹³⁰ Documentos de Arquivo da DGS: - 20030326_20040419_17 pareceres conselho tecnico alcoologia; - 20030922_08 Com_Intermin_Alcool envio curriculos DGS; - 20040220_04a CARTA DSPSM MS Com_Intermin e Cons_Tecnico; - 20040316_08 envio DGS despacho_ConsInterminAlc ConsTecAlc; -

O ministro da Saúde, que se deslocou hoje ao Parlamento para apresentar o Plano Nacional de Saúde - um documento que estabelece estratégias para a prevenção das doenças -, explicitou que, com a integração dos Centros de Atendimento a Toxicodependentes (CAT) na Rede, será possível “aumentar a curto prazo, de forma substancial e em todo o País, o número de unidades de acompanhamento e tratamento” do alcoolismo.» (...)

Jornal Primeiro de Janeiro, 19-02-2004 - “Alcoolismo tratado nos CAT”. Pg. 01 e 14.

«O primeiro-ministro admitiu ontem que o Governo poderá modificar a legislação para alterar comportamentos individuais nocivos para a saúde, o que poderá passar por “proibir algumas vendas” no que toca ao tabaco e ao álcool. Em causa estará a proibição de venda de tabaco e álcool nas universidades, assim como se pretende vedar a comercialização de bebidas alcoólicas nas estações de serviço. Ainda relativamente ao tabaco, deverá ficar definitivamente proibido fumar no local de trabalho.

A nova legislação deverá estar em vigor até ao final do ano. Durão Barroso, que falava aos jornalistas após a sessão de abertura do Fórum Nacional de Saúde, que decorre ontem e hoje no auditório do Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento (Infarmed), em Lisboa, escusou-se a adiantar mais pormenores e frisou que esta é uma questão ainda em aberto.» (...)

Jornal Comércio do Porto, 12-02-2004 – “Governo impõe restrições à venda de tabaco e álcool”. Pg. 01 e 24

Também o debate na AR sobre propostas mais específicas do Governo, como a proibição da venda de bebidas alcoólicas nas autoestradas e a ampliação e implementação da RAN, incluindo nela os Centros de Atendimento a Toxicodependentes, ocuparam algum espaço da agenda política do Governo. Apesar do Ministro da Saúde demonstrar intenção de implementar com atualizações algumas orientações oriundas do PACA sob a sua tutela, como a RAN, quando confrontado como outras medidas mais amplas e reconhecidas como necessárias, transparece a falta de articulação interministerial para as incluir, como deduzimos do seu discurso na imprensa da época reproduzido a seguir:

«Debate sobre plano nacional de saúde no Parlamento

O ministro da Saúde anunciou, no Parlamento, a intenção de criar uma rede contra o alcoolismo, a nível nacional, que permita o atendimento dos alcoólicos nos centros de atendimento a toxicodependentes (CAT) e não apenas nos centros regionais de alcoologia. “Vamos fazer uma aposta forte na implementação de uma rede alcoológica nacional”, anunciou Luís Filipe Pereira.

A rede poderá integrar os centros regionais de alcoologia, os serviços de saúde mental, os CAT, misericórdias e outras instituições de solidariedade social. O tratamento dos cerca de 1,3 milhões de portugueses alcoólicos ou com problemas de consumo excessivo é o objetivo da rede alcoológica nacional.

De acordo com Luís Filipe Pereira, a utilização dos CAT permitirá “aumentar, a curto prazo, de forma substancial e em todo o país, o número de unidades de acompanhamento e tratamento” dos doentes. Uma das primeiras iniciativas do Plano, Nacional de Saúde (PNS) será a proibição de venda de bebidas alcoólicas nas estações de serviço das autoestradas. Luís Filipe Pereira garantiu aos deputados que entre 2004 e 2010 o governo vai promover “estilos de vida saudáveis”.

O deputado Francisco Louçã, alertando para o facto de os jovens começarem a beber cerveja aos 11 anos, interpelou Luís Filipe Pereira sobre se o patrocínio da seleção portuguesa de futebol pela Sagres não será contraditório com a estratégia de combate ao alcoolismo. O ministro da saúde referiu que o patrocínio não é responsabilidade sua, e que “decorre da atual legislação”, admitiu. O governante adiantou ainda que poderá ser revista durante a execução do Plano.»

Jornal Semana Médica, 24-02-2004 – “Governo vai criar rede alcoológica nacional”. Pg. 16

- 3º Período: XVI Governo Constitucional - PSD/CDS (17/07/2004 - 12/03/2005)

Todavia, no primeiro semestre de 2004 nada foi concretizado para além da publicação das orientações inseridas no PNS 2004-2010 e em Julho de 2004, ocorria a substituição do Primeiro-ministro e do Governo do PSD/CDS, pela saída de Durão Barroso e entrada de Santana Lopes. Este segundo Governo enfrentou um conturbado ano político que levou a sua destituição em Março de 2005.

No final de 2004 a DGS enviava ao MS um “pacote do álcool”, com um conjunto de medidas regulamentares no âmbito da implementação do PACA¹³¹, que se juntavam a proposta de despacho conjunto para a constituição da Comissão Interministerial de acompanhamento do PACA (enviada no início de 2004) e incluíam propostas legislativas:

- Restrições aos horários de abertura de estabelecimentos de restauração e similares, aumento da idade mínima de venda para 18 anos, proibição de venda de álcool em áreas de serviço das autoestradas, imputabilidade legal dos operadores de estabelecimentos de restauração e similares nas regras de venda de álcool (alterações no âmbito do Decreto Lei 9/2002 de 24 de Janeiro);
- Novas restrições à publicidade e promoção do álcool, nomeadamente em relação a proibição de publicidade ou marcas de bebidas alcoólicas: associadas às seleções nacionais; aos eventos desportivos, culturais, recreativos dirigidos a menores, aos locais onde ocorram, às suas comunicações comerciais e publicidade, bem como o uso desses eventos e patrocínios na sua comunicação comercial e publicidade institucional e de marca; a proibição de apoios ou patrocínios sob qualquer forma de atividades, eventos e festas ligadas à vida académica (alterações no âmbito do Decreto Lei 332/2001 de 24 de Dezembro);
- Redefinição do enquadramento fiscal e dos impostos ao álcool, mantendo os níveis de impostos atuais, sujeitando à taxação em sede de IVA o vinho a semelhança das outras bebidas alcoólicas e desenvolver um estudo sobre contabilização do custo social do consumo de álcool em Portugal em confronto com a carga fiscal.

Além disso ainda havia definido as linhas orientadoras de um Programa Nacional de Prevenção dos PLA, bem como a arquitetura do conjunto de serviços de saúde que comporiam a RAN¹³².

Durante esse período, as tentativas para promover a implementação do PACA, saídas do PNS 2004-2010 e desenvolvidas pela DGS, não se refletiram em nenhuma política pública ou medida legislativa, apesar de estarem aparentemente elaboradas. No caso do despacho conjunto de constituição da Comissão Interministerial de Acompanhamento do PACA se identificou mesmo o documento legislativo final¹³³, produzido no início de 2005, com os nomes dos responsáveis dos diversos serviços e ministérios já indicados.

- 4º Período: XVII Governo Constitucional - PS (12/03/2005 - 26/10/2009)

Já na vigência de um novo Governo do PS (2005-2009) empossado em Março de 2005 e liderado por José Sócrates, o desenvolvimento natural do PNS proporcionaria a elaboração de vários programas prioritários, incluindo um para os PLA. Este programa seguiria as orientações do PACA, procurando criar as estruturas necessárias e adaptar as medidas que permitissem a implementação mais completa do plano. As expectativas presentes no discurso reproduzido na imprensa dos dirigentes responsáveis pela área espelhavam esses acontecimentos:

«Plano de Prevenção do Álcool aguarda aprovação desde o Verão

O Programa Nacional de Prevenção dos Problemas Ligados ao Álcool aguarda aprovação no gabinete do ministro da Saúde desde o Verão. Considerado um dos programas prioritários do Plano Nacional da Saúde, este documento vai reforçar o Plano de Ação contra o Alcoolismo aprovado em 2000, adiantou ao PÚBLICO Maria João Heitor, responsável pela divisão de saúde mental da Direcção-Geral da Saúde.

Agrupando uma série de medidas de resposta a este problema, o Plano de Ação contra o Alcoolismo (ou

¹³¹ Documentos de Arquivo da DGS: - 20041203_14 pacote alcool as medidas enviadas MS; - 20041203_14 pacote alcool estabelecimentos restauraçãoPLA; - 20041203_14 pacote alcool fiscalidade; - 20041203_14 pacote alcool publicidade; - 20041203_14 pacote alcool venda e proprietarios; - 20041203_14 pacote alcool venda idade 18 anos e autoestradas.

¹³² Documentos de Arquivo da DGS: - 20041015_14 RAN versão completa; - 20041203_14 pacote alcool prog nac prev dos PLA

¹³³ Documento de Arquivo da DGS: - 20050000_07 despacho conjunto comissao interministerial GOV.

Plano Alcoolológico Nacional) já recomendava há cinco anos a criação de um programa de prevenção, reconhecendo a gravidade do consumo excessivo de bebidas alcoólicas em Portugal.

Ontem, durante o Encontro Internacional de Alcoologia, em Matosinhos, o diretor do Centro Regional de Alcoologia do Norte (CRAN), Rui Moreira, levantou a questão, lamentando que o alcoolismo continue a não estar "na agenda política" e que ainda não tenha saído do papel o trabalho teórico já realizado - para além do plano alcoolológico, a rede de referência entre as unidades de saúde.» (...)

Jornal Público, 11-11-2005 – “Álcool mata por dia pelo menos 20 portugueses”. Pg. 1 e 27. Escrito por Alexandra Campos

As missivas da DGS junto do MS do novo Governo do PS se repetiram em 2005, enviado um memorando sobre as medidas a implementar referidas anteriormente e nas respostas do MS em Abril de 2005 parece claro o sinal da tutela para se avançar com as medidas e instrumentos de gestão do que seria uma reintrodução de medidas do PACA¹³⁴, sumariamente descritos a seguir:

A estratégia de abordagem dos PLA estaria assente no seguinte pacote de medidas

1) Programa Nacional de Prevenção dos Problemas Ligados ao Álcool - dotar profissionais de conhecimentos sobre alcoologia e instrumentos de deteção precoce dos utentes; fornecer matérias e treino em técnicas de intervenção; projetos de prevenção em escolas e locais de trabalho, bem como dirigidos a minorias, grupos em situação de risco ou desfavorecidos; apoiar redes e ONGs que atuam na sensibilização e investigação dos PLA; apoiar grupos de autoajuda e outros grupos de apoio.

2) Desenvolvimento e Implementação da Rede Alcoolológica Nacional - incluindo não só a rede hospitalar, mas também comunitária.

3) Revitalização e regulamentação do Conselho Técnico de Alcoologia sob orientação da DGS.

4) Criação de uma nova Comissão Interministerial para os PLA.

5) Medidas Legislativas e de Fiscalização – Introdução de uma Lei do Álcool com medidas de: Restrição dos horários de funcionamento e comercialização de bebidas alcoólicas nos estabelecimentos de restauração e similares e horário de encerramento de discotecas e bares; Impedimento total de venda de bebidas alcoólicas nas áreas de serviço das autoestradas; Impedimento da associação de marcas de bebidas alcoólicas a festas estudantis (tais como a queima das fitas) e outros acontecimentos de carácter juvenil e desportivo; Reforço da fiscalização nos estabelecimentos de venda ao público de bebidas alcoólicas; Reforço da fiscalização das idades de acesso aos espaços de lazer destinados a jovens; Reforço da fiscalização da condução sob o efeito do álcool; Reforço da fiscalização sobre os condutores profissionais, ambulâncias e transportes públicos com desenvolvimento de programas de educação e tratamento dirigidos a condutores com delitos de condução; Afetação de uma percentagem (1%) da receita proveniente da aplicação da taxa especial sobre o álcool (não afeta o vinho) para os projetos da saúde, no âmbito da Rede Alcoolológica e do Programa Nacional de Prevenção dos Problemas Ligados ao Álcool.

Diante do documento o Ministro da Saúde refere a sua concordância na generalidade das medidas, pede o desdobramento do plano em ações, a definição dos demais responsáveis institucionais (incluindo expressamente o IDT), e uma orçamentação para que possa ser consignada receita. A secretária de Estado da Saúde faz igualmente despacho recomendando no âmbito de definição de uma rede de referência alcoolológica e restantes medidas a mesma recomendação de definição e envolvimento dos demais departamentos governamentais. Do envio de documentos mais específicos referentes ao “pacote do álcool” ao Ministério em meados de 2005, já no segundo semestre de 2005, e no âmbito da criação da RAN, a Secretária de Estado recomenda a audição das diversas ARS, o que foi feito pela DGS até o início de 2006¹³⁵.

Todavia, a resposta pública do MS à questão da implementação de um programa para o álcool, no final de 2005 demonstrava não só os entraves existentes a um desenvolvimento, como descrevia um quadro onde as negociações e resoluções

¹³⁴ Documento de Arquivo da DGS: - 20050427_14 PACOTE ALCOOL MEMORANDOS DGS_MS;

¹³⁵ Documentos de Arquivo da DGS: - 20050913_07 criação RAN despacho consulta as ARS MS_DGS; - 20060208_07 criaçãoRAN ARSLisboa_DGS; - 20060328_07 criaçãoRAN ARSNorte_DGS; - 20060424_07 criaçãoRAN ARSAlentejo_DGS; - 20060605_07 criaçãoRAN ARSCentro_DGS; - 20060629_07 criaçãoRAN ARSAlgarve_DGS.

interministeriais originais do PACA não estariam mais válidas e teriam mesmo que ser reiniciadas, demonstrando entre linhas o fim do movimento iniciado pelo PACA, como se lê no excerto da notícia a seguir:

«Tutela diz que programa do álcool não está concluído.

Não existe ainda uma versão definitiva do Programa Nacional de Prevenção dos Programas Ligados ao Alcool, afirmou ontem Miguel Vieira, assessor de imprensa do ministro da Saúde. O que há "é um punhado de ideias" que precisam ainda de ser coordenadas com vários ministérios, nomeadamente o da Economia e o da Administração Interna. É preciso "haver coordenação entre a saúde" e outras áreas, até porque este programa vai ter várias "implicações", disse, sem adiantar mais pormenores.

O assessor reagia assim à notícia de ontem do PÚBLICO - que dava conta de que este programa se encontra no gabinete do ministro para a aprovação, depois de ter sido preparado por especialistas da Direcção-Geral da Saúde (DGS).

A parte do trabalho da DGS pode estar concluída, mas a questão envolve várias vertentes, disse uma fonte da instituição. Apesar de o documento ter sido enviado haja algum tempo para o gabinete de Correia de Campos, continua a ser estudado, acrescentou.»

Jornal Público, 12-11-2005 - "Tutela diz que programa do álcool não está concluído". Pg. 27. Escrito por Alexandra Campos.

Já em 2003, algumas iniciativas dentro do MS sobre a partilha de responsabilidades, intervenções e serviços com o IDT no campo dos PLA apareceu, tinham gerado algum impasse sobre a organização da área. O assunto e a possibilidade de integração de todos esses serviços no SNS voltaram a ser discutidos entre 2004 e 2005, durante a elaboração do PNS. Com a criação autónoma do Alto Comissariado da Saúde (ACS) em Agosto de 2005 (Portugal, 2005) e transferência de algumas funções da DGS para este, o desenvolvimento do PNS (e das políticas do álcool) passou a ser da responsabilidade do ACS, apesar da coordenação dos CRAs e as ações de cooperação internacional continuar na DGS. Em 2006, os PLA deixaram de aparecer no foco dos programas prioritários definidos pelo ACS, passando a ser abordados, em conjunto com outros assuntos, numa perspetiva populacional e de gestão da doença, levando a que não mais se discutisse a implementação das políticas do álcool (Portugal. Ministério da Saúde. Alto Comissariado da Saúde, 2005).

Apesar desses fatos, na DGS, alguma atividade relativa aos PLA ainda continuou a ocorrer durante o segundo semestre de 2005 (acompanhadas pelo ACS) tanto a nível do possível desenvolvimento de medidas ligadas às políticas do álcool, como a nível de reuniões dos responsáveis do DSPSM da DGS com representantes da Indústria do Alcool¹³⁶, visando discutir as políticas internacionais e europeias, bem como uma possível colaboração no desenvolvimento de medidas políticas do álcool nacionais.

Em 2006, o Governo aprovou o Programa de Reestruturação da Administração Central do Estado (PRACE)¹³⁷ que previa várias mudanças na estrutura do Governo e Ministérios. Como consequência foi publicada no mesmo ano uma nova Lei Orgânica do Ministério da Saúde¹³⁸ que determinou a absorção das atribuições dos 3 CRAs (Centros Regionais de Alcoologia do Centro, Norte e Sul.) no Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P. (IDT), com o propósito de simplificar a estrutura orgânica existente. A integração definitiva só viria a se concretizar a partir de Maio de 2007 com a publicação da nova lei orgânica

¹³⁶ Documentos de Arquivo da DGS: - 20050926_10 carta DGS_CRA; - 20050929_10 reunião Indústria DGS lista; - 20050929_10 reunião Indústria DGS1 agenda; - 20050929_10 reunião Indústria DGS2 notas; - 20050929_10 reunião Indústria DGS3 notas; - 20050929_10 reunião Indústria DGS4 notas.

¹³⁷ PORTUGAL (2006). - Resolução de Conselho de Ministros n.º 39/2006, de 30 de Março. Aprova, no âmbito do Programa de Reestruturação da Administração Central do Estado (PRACE), as orientações gerais e especiais para a reestruturação dos ministérios.

¹³⁸ PORTUGAL (2006a) - Decreto-Lei nº 212/2006, de 27 de Outubro. Aprova a Lei Orgânica do Ministério da Saúde.

No Artigo 26º - Criação, fusão e reestruturação de serviços e organismos (...) 2 - São extintos, sendo objeto de fusão, os seguintes serviços e organismos: (...) e) Os Centros Regionais de Alcoologia do Centro, Norte e Sul, sendo as respetivas atribuições integradas no Instituto da Droga e da Toxicodependência, I. P.

do IDT¹³⁹. Na mesma altura seria extinto do DSPSM da DGS a partir da publicação da nova lei orgânica da DGS¹⁴⁰.

Apesar destas mudanças, os assuntos ligados às políticas do álcool continuaram a ser tratados a nível da DGS durante o ano de 2006. Durante o segundo semestre deste ano, voltaram a ocorrer algumas intervenções por *e-mail* de representantes da Indústria junto da DGS com vista a influenciar a posição de Portugal referente a elaboração da estratégia europeia para o álcool pela DG SANCO, sem reações significativas dos responsáveis da DGS e com o conhecimento do Ministro da Saúde¹⁴¹. Na troca de *e-mails* internos na sequência destas intervenções, o responsável do DSPSM refere a Direção da DGS o interesse demonstrado em ocasião recente por parte do Ministro em se inteirar do assunto do álcool, apesar de toda a documentação e o “pacote do álcool” já se encontrar no gabinete do ministro enviado pela DGS. O DSPSM apresenta disponibilidade de preparar o assunto na DGS de forma a ser encaminhado ao Ministro da Saúde, realizando-se uma reunião para o efeito com a Direção em fins de Outubro de 2006.

No contexto dessa intervenção da Indústria do Álcool, destaca-se uma carta enviada para o Ministro da Saúde e encaminhada para resposta a DGS em Outubro de 2006¹⁴², que incluiu uma proposta de compromisso do conjunto alargado de representantes da Indústria¹⁴³ para com medidas de políticas públicas específicas e selecionadas, no pressuposto de que Portugal se opusesse às políticas do álcool da Comissão Europeia para uma estratégia comunitária.

A resposta final da DGS ao Gabinete do Ministro da Saúde¹⁴⁴ rejeita ponto a ponto as propostas da Indústria, com argumentação, lembrando ainda que foi enviado um “pacote do álcool” com medidas adequadas ao MS em Julho de 2005. Não se encontrou ações do Ministério ou do Governo consequentes.

A nível governamental, desde final de 2005 que o assunto das políticas do álcool não apresentou desenvolvimentos, não fez parte da agenda política, nem foi discutido publicamente. A partir de Outubro de 2006 a DGS deixou de desenvolver ações ou dar respostas a entidades externas, consciente das mudanças promovidas pela nova lei orgânica do MS que retiraria os PLA e os CRAs das suas atribuições, entregando-as ao IDT, o que veio ocorrer definitivamente em 2007, dando início de um novo ciclo para as políticas do álcool. Diante dessas alterações, era natural que as orientações e os assuntos sobre as políticas públicas em desenvolvimento passassem da DGS para do IDT, mas não foram encontradas referências sobre este acontecimento.

Análise:

A legislação criada no âmbito do PACA restringiu-se as iniciativas do Governo PS que também criou o plano, mesmo assim com alterações significativas para os objetivos de Saúde Pública. Nenhum dos governos que se seguiram efetivou alguma iniciativa nesse sentido, apesar de, por vezes, se mostrarem publica e politicamente interessados no desenvolvimento das políticas do álcool e nas medidas do PACA.

¹³⁹ PORTUGAL (2007a) - Decreto-Lei nº 221/2007 de 29 de Maio. Mantém o Instituto da Droga e da Toxicodependência e que passa agora a designar-se Instituto da Droga e da Toxicodependência, I. P., absorvendo as atribuições dos Centros de Alcoologia do Centro, Norte e Sul que são extintos.

¹⁴⁰ PORTUGAL (2007b) - Decreto Regulamentar 66/2007, de 29 de Maio. Define a missão, atribuições e tipo de organização interna da Direção-Geral da Saúde e PORTUGAL (2007c) - Portaria 644/2007 de 30 de Maio. Estabelece a estrutura nuclear da Direção-Geral da Saúde e as competências das respetivas unidades orgânicas.

¹⁴¹ Documentos de Arquivo da DGS: - 20060904_10 carta ANEBE_DGS; - 20060920_10 carta APCV_DGS.

¹⁴² Documento de Arquivo da DGS: - 20061004_10 carta Industria_DGS

¹⁴³ ANEBE (Associação Nacional de Empresas de Bebidas Espirituosas); FEVIN (Federação dos Vinhos e Espirituosos de Portugal); APCV (Associação Portuguesa dos Produtores de Cervejas); FENADEGAS (Federação Nacional de Adegas Cooperativas); AEVP (Federação Nacional das Empresas de Vinho do Porto); ACIBEV (Associação dos Comerciantes e Industriais de Bebidas Espirituosas e Vinhos), CAP (Confederação de Agricultores de Portugal).

¹⁴⁴ Documento de Arquivo da DGS: - 20061017_10 DGS_MS_resposta carta Industria.

A DGS, responsável técnica pelos PLA, apresentou sucessivamente as medidas que necessitavam de atenção governativa e soluções de governação nessa área, mas não conseguiu sensibilizar o próprio MS, para que esse apoiasse em tempo útil a definição e o desenvolvimento da Rede Alcoológica Nacional e a criação de um Conselho Técnico de Alcoologia efetivo que permitisse uma coordenação e gestão dos PLA.

A DGS e o MS não conseguiram sensibilizar e mobilizar os governos e as suas diversas áreas ministeriais para que fosse regulamentada e nomeada a Comissão Interministerial e para o Acompanhamento do PACA, bem como fossem regulamentadas e implementadas uma série de programas e ações previstas no PACA.

Uma explicação para este comportamento transversal por parte dos governos é a de que fornecer condições de autonomia para o desenvolvimento das políticas públicas do álcool obrigam os governos a um posicionamento claramente favorável a esta área em detrimento doutros interesses económicos e apoios sociais a que estão vinculados pelas circunstâncias sociais e económicas. Os governos demonstraram uma vontade política pouco clara, com avanços e recuos nas suas posições e com uma tendência a não tomar decisões sobre matérias em concreto. A não decisão, sendo uma ação política, pode ser explicada pela falta de apoio bastante, sendo entendida como um adiamento, ou pelas vantagens de manter a situação como está, sendo entendida como uma decisão a favor das forças contrárias a mudança. As políticas do álcool demonstram assim não serem consensuais na política nacional, não possuírem a influência e a pressão a seu favor que eram necessárias para enfrentarem os interesses instalados. Esta situação afetou desde os subsídios necessários a uma política do álcool até os meios e recursos disponíveis a implementação de medidas específicas do PACA.

3. Financiamento das Políticas do Álcool e das Intervenções em Saúde

- 1º Período: XIV Governo Constitucional - PS (25/10/1999 - 6/04/2002)

As medidas estruturais de financiamento dizem muito mais respeito à alocação de recursos e meios que sustentam a implementação e o desenvolvimento do PACA. O PACA apenas refere algumas medidas extraordinárias para o financiamento e sustentabilidade de vertentes específicas do plano, mas não se pode dizer que signifique uma alocação de recursos e meios ao dispor da implementação do plano.

As propostas apresentadas estariam refletidas na regulamentação das medidas do PACA e dependiam dessas para ganhar forma e produzir efeitos. Assim, a atividade política do Governo do PS para providenciar as fontes de financiamento extraordinário previstas no PACA tiveram o seguinte desenvolvimento caso a caso:

Criação de taxas ao consumo de bebidas alcoólicas - A Comissão Interministerial considerava a cobrança de uma taxa de 1% sobre a venda de bebidas alcoólicas (de acordo com a graduação alcoólica) como a principal medida de financiamento. Tal medida foi descartada por impedimentos de um diretiva comunitária que determinava a sua ilegalidade, devido a dupla tributação dos produtos. Discutiu-se como alternativa que o valor percentual da receita obtida com a venda de bebidas alcoólicas fosse remetido para o Orçamento Geral do Estado, mas a medida não foi aplicada e a opção acabou por ser definitivamente eliminada, à semelhança do que ocorreu com as já existentes receitas similares sobre o tabaco que foram extintas (Carvalho, 2004^a). Um dos argumentos para a eliminação deste procedimento referia-se ao fato de, no Orçamento Geral de Estado, não se poder vincular ou destinar uma receita específica dos impostos da venda de um produto para um fim pré-definido à margem dos orçamentos ministeriais, como acontece na aplicação de uma taxa. Por fim, a solução de inserir simplesmente no Orçamento Geral de Estado o financiamento das atividades do PACA fica sempre sujeita ao poder discricionário dos decisores da Saúde e das Finanças e às prioridades orçamentais, podendo ser considerada não prioritária ou mesmo pouco relevante face à situação orçamental ou diante de outras situações assumidas como mais críticas, apesar das evidências científicas sobre a gravidade dos PLA (Carvalho, 2004^a; 2003).

Parte das coimas aplicáveis às infrações à publicidade - Esta medida foi efetivamente inserida na legislação correspondente, nomeadamente no Decreto-Lei n.º 332/2001, de 24 de Dezembro, que altera o Código da Publicidade. Na alteração ao seu artigo 39º, nº 5, a legislação destina o parte do produto das coimas aplicadas por infração ao disposto no artigo 17.º (Restrições a publicidade de bebidas alcoólicas) para as entidades envolvidas no processo e define ainda que 60% das receitas das coimas revertem para “um fundo destinado a financiar campanhas de promoção e educação para a saúde e o desenvolvimento de medidas de investigação, prevenção, tratamento e reabilitação dos problemas relacionados com o álcool”. Todavia, não se tem notícia sobre a criação do instrumento normativo necessário a alocação deste fundo a um organismo, quer na continuidade da criação da legislação em causa, quer no decorrer do período de desenvolvimento do PACA.

Parte das coimas aplicáveis à venda de bebidas alcoólicas - Esta medida não foi inserida na legislação correspondente, nomeadamente no Decreto-Lei n.º 9/2002, de 24 de Janeiro, que estabelece restrições à venda e consumo de bebidas alcoólicas. No seu artigo 7.º, nº 4, a legislação destina parte do produto das coimas aplicadas por infração a lei (n.º 1 e n.º 3 do artigo 2º) para as entidades envolvidas no processo e define ainda que 60% das receitas das coimas revertem para o Estado (ao invés de destiná-la para os fins preconizados no PACA). Não se encontrou explicação ou comentários sobre a origem deste procedimento ou falha. A Portaria n.º 390/2002, de 11 de Abril que regulamenta a disponibilização e venda de bebidas alcoólicas nos locais de trabalho da Administração Pública, não prevê a aplicação de coimas às infrações, adotando apenas processos e ações disciplinares adequados ao contexto da administração pública e encaminhamento dos casos que envolvem agentes privados nas ocorrências.

Reversão de parte do valor das custas judiciais dos processos relacionados com infrações por abuso de bebidas alcoólicas - Esta medida não foi implementada nem se tem notícia que tenha sido discutida pelo Governo.

Apesar de existir pelo menos uma fonte de financiamento concretizada, os resultados práticos de obtenção de receitas de financiamento para o PACA seriam nulos por falhas de implementação. Mais nenhuma alteração de financiamento das políticas do álcool e das instituições públicas atuantes foram referenciadas ou identificadas nesse período.

- 2º Período: XV Governo Constitucional - PSD/CDS (6/04/2002 - 17/07/2004) e 3º Período: XVI Governo Constitucional - PSD/CDS (17/07/2004 - 12/03/2005)

Nos anos seguintes, da mesma forma que não foram feitos avanços em regulamentar as medidas do PACA ou implementar a regulamentação existente, também não foi alterado o subfinanciamento existente; um aspeto incoerente com a situação dos PLA que foi analisado publicamente pelos próprios responsáveis públicos da Saúde e veiculado na imprensa:

«Fernando Negrão nos Encontros "Pensar Século XXI"»

O presidente do Instituto da Droga e Toxicodependência, Fernando Negrão, é da opinião de que os problemas de alcoolismo em Portugal "são muito mais preocupantes" do que a toxicodependência.

(...) acrescentou, esta "é uma questão menosprezada no nosso país". Revelaria, então, que a verba para 2003, orçamentada pelo Governo, para a prevenção da toxicodependência, é de 18 milhões de euros, para cerca de 40 mil toxicodependentes. Já com os 500 mil portugueses alcoólicos, serão gastos apenas 1 milhão de euros.»

Jornal As Beiras, 16-05-2003 – “Álcool preocupa mais que a droga”. Escrito por Paulo Leitão.

- 4º Período: XVII Governo Constitucional - PS (12/03/2005 - 26/10/2009)

A reestruturação dos serviços centrais da Administração Pública (PRACE), iniciada pelo novo governo, levou à fusão dos CRAs ao IDT, reduziu o orçamento global das instituições envolvidas, numa racionalização de recursos e meios inerentes ao processo

em causa. Consequentemente, os investimentos em planos e programas foram descartados neste processo. Da mesma forma, limitações ao aumento de custos, como contratação de meios ou serviços externos foram sendo impostos.

Análise:

As propostas de financiamento previstas não resultaram como esperado e as receitas que as fontes de receita propostas poderiam gerar dependiam diretamente da implementação do plano. Todavia a implementação do plano depende do adequado financiamento à partida. Assim está criado um ciclo vicioso entre financiamento e implementação, onde deveria ocorrer um processo linear onde o financiamento do plano levaria à sua implementação.

Dessa forma o financiamento das atividades do PACA e mesmo das atividades já existentes no SNS e outros organismos públicos permaneceu deficitário diante da dimensão do problema e da tarefa a realizar.

Admite-se que esta ausência generalizada de financiamento seja uma ocorrência que reflete a questão da agenda política em Portugal já discutido anteriormente, o que dificulta encontrar uma solução adequada para o problema. Mas as políticas do álcool eram até então uma área tradicionalmente subfinanciada em Portugal e que, diante dos primeiros sinais de crise económica e escassez de recursos ocorridos durante o Governo PSD/CDS, permaneceu sem oportunidade para entrar numa agenda de prioridades, por mérito próprio, mas também pelo fato agravado de ser uma política que procura combater atividades económicas estruturantes para Orçamento de Estado – a Indústria do Alcool.

4- As Intervenções dos Partidos Políticos em Relação ao PACA

- 1º Período: XIV Governo Constitucional - PS (25/10/1999 - 6/04/2002)

Durante o ano de 2000, PS e PCP já tinham evidenciado resistências em relação a algumas medidas que poderiam fazer parte do PACA, como a definição da idade mínima de 18 anos para a venda de bebidas alcoólicas, reproduzindo os ecos de alguns interesses de setores comércio de bebidas e da sociedade (Carvalho, 2003).

Em 2001, passados alguns meses da aprovação do PACA, novas iniciativas por parte de alguns partidos políticos da AR ocorreram, desta vez com a justificação do preocupante atraso da regulamentação das medidas propostas.

A 2 de Maio de 2001 o Grupo Parlamentar do BE interpelava o MS com um pedido de informações sobre a regulamentação do PACA¹⁴⁵, baseados em uma petição enviada por uma ONG que abordava o assunto e a necessidade de se implementar medidas ajustadas a realidade de cada localidade. A resposta do MS a esta solicitação só ocorreria em 2002 e remeteria já para informações fornecidas pela PCM.

Em 4 de Julho de 2001, o Grupo Parlamentar do PCP chegou a organizar, na AR, uma audição sobre “a situação nacional em matéria de alcoolismo e problemas ligados ao álcool e sobre as medidas de resposta necessárias”¹⁴⁶, com o interesse de debater nomeadamente:

«(...)

- *O flagelo do alcoolismo e dos problemas ligados ao álcool, as suas múltiplas causalidades e consequências;*
- *As capacidades e carências de resposta dos sistemas de prevenção, tratamento e reinserção;*
- *A adequação e eficácia das medidas e políticas prosseguidas e a indispensabilidade e urgência duma resposta compatível com a gravidade do problema.»*

¹⁴⁵ Documentos de Arquivo da DGS: - 20020117_04a CARTA DSPSM MS requerimento BE 20010502

¹⁴⁶ Documentos de Arquivo da DGS: - 20010629_04a DSPSM audição_PCP.

Entretanto entre meados de 2001 e meados de 2002 uma decisão do Governo, no âmbito da segurança rodoviária e da redução da TAS na condução, muito questionada e posteriormente suspensa, e alguma legislação referente ao PACA foi criada pelo Governo, que entretanto encontrava-se demissionário entre final de 2001 e Abril de 2002. O novo Governo, por sua vez, anulou definitivamente na AR as medidas relativas ao álcool na condução e não desenvolveu novos esforços específico de implementação do PACA.

- 2º Período: XV Governo Constitucional - PSD/CDS (6/04/2002 - 17/07/2004) e 3º Período: XVI Governo Constitucional - PSD/CDS (17/07/2004 - 12/03/2005)

Em Julho de 2003, cerca de um ano passado do novo Governo, diante de alguma inação na área dos PLA, o PCP volta a elaborar um projeto de resolução na AR para uma Audição Parlamentar de avaliação da situação nacional em matéria de alcoolismo e problemas ligados ao álcool e do Plano Alcoolológico Nacional (Projeto de Resolução 169/IX de 25/07/2003). Entre diversas observações sobre a criação e desenvolvimento do PACA encontradas nesse documento¹⁴⁷, lê-se afirmações sobre a pressão social e política que foi feita para a sua aprovação e a falta de vontade política dos Governos:

(...)

«5 - Existe, é certo, o Plano Alcoolológico Nacional, que agrupa algumas medidas de resposta. Foi o resultado da pressão social e de iniciativas políticas e legislativas diversas, nomeadamente do PCP, que levou à sua aprovação pela Resolução do Conselho de Ministros 166/2000 de 29 de Novembro.

6 - No entanto, passados mais de dois anos desde essa aprovação (do PACA), a implementação do Programa Alcoolológico Nacional é escassa. E é diminuta a sua incidência na grave situação nacional nesta matéria.

(...)

8- Hoje em dia, passados mais de um ano de vigência do Governo do PSD/CDS-PP, a situação não registou qualquer evolução positiva conhecida e a eficácia do Plano Alcoolológico Nacional mantém-se muito longe das necessidades. O que se verifica resume-se no essencial a uma curta referência nas Grandes Opções do Plano para 2003 sobre a adoção duma "política de prevenção do alcoolismo com meios humanos, técnicos e financeiros reforçados" e sobre o Estado assumir "em matéria de tratamento (...) um papel de complementaridade, de coordenação e de regulação, relativamente às respostas disponíveis no sector privado e social".

9- Tal traduz um caminho aberto para a desresponsabilização do Estado e a fuga aos princípios da OMS como, por exemplo, o de que "todas as pessoas com um consumo de álcool prejudicial e os membros da sua família têm direito a apoio e a tratamento acessível e adequado".

10- Acresce ainda que as políticas prosseguidas por este Governo, nomeadamente de corte de despesas nas políticas sociais, de desinvestimento, subfinanciamento e privatização deslizando dos meios do Serviço Nacional de Saúde, e ainda de ameaça crescente à universalidade do acesso aos cuidados de saúde, implicam muito provavelmente no curto/médio prazo, impactos muito negativos no Plano Alcoolológico Nacional, na sua concretização e eficácia e na gravidade da situação nesta matéria.(...)»

Para a audição foram convidadas as principais instituições e organizações do setor como vista a avaliar a situação do Plano Alcoolológico Nacional e "respetivas condições de execução, eficácia, virtualidades, disfuncionalidades, dificuldades, carências e vazios e das medidas necessárias ao seu desenvolvimento e à concretização duma política efetiva e eficaz de prevenção e redução do fenómeno do alcoolismo e dos problemas ligados ao álcool".

A resposta da DGS e MS¹⁴⁸ à solicitação do grupo parlamentar do PCP relata a situação num documento extenso que abrange o ponto da situação de todas as medidas do PACA e confirma a ausência de intervenções recentes e de recursos disponibilizados. A

¹⁴⁷ Documentos de Arquivo da DGS: - 20030909_04a CARTA PCP DGS

¹⁴⁸ Documentos de Arquivo da DGS: - 20030908_04a CARTA DSPSM MS; - 20030908_07 audição parlamentar PlanoAlcNac2000 DGS

principal razão apontada para uma inação refere-se a não constituição da Comissão de Acompanhamento e do Conselho Técnico, ponto de partida para a aplicação das orientações e a falta de aprovação de financiamento adequado para o reforço da mudança.

Passados poucos meses, dois deputados do PCP (António Filipe e Bruno Dias) voltam a questionar o Governo, através de um requerimento dirigido ao Primeiro-ministro (Requerimento nº 88/IX/2ª, de 3/10/2003) sobre o cumprimento do PACA e o reforço dos meios de prevenção e combate.

Em 2004, no âmbito do PNS 2004-2010, intervenções do Governo na AR mantiveram alguma informação sobre as intenções do Governo e algum debate sobre a ausência de medidas que estavam anteriormente definidas e não foram implementadas¹⁴⁹.

A partir de meados do ano de 2004 não se identificou mais intervenções da AR ou dos partidos políticos sobre medidas relacionadas com o PACA, seja no XVI Governo Constitucional, liderado pelo PSD/CDS (17/07/2004 - 12/03/2005), seja posteriormente no início do XVII Governo Constitucional, liderado pelo PS (12/03/2005 - 26/10/2009).

Análise:

A participação dos partidos nas políticas do álcool esteve centrada na oposição aos Governos e a cobrança das medidas que deveriam ser adotadas e desenvolvidas, sendo o PCP a demonstrar um maior número de iniciativas relativas aos assuntos do álcool, estimuladas por questões relacionadas com o funcionamento dos serviços de saúde e o acesso ao tratamento, com insuficiência de meios e recursos humanos questões laborais a mistura. Os demais partidos têm apresentado uma postura mais contextualizada, alternando políticas públicas do álcool ou conciliações políticas conforme a agenda política e as pressões sociais.

- **Indústria do Alcool: subsídios após a aprovação do PACA**

1- Influenciando as políticas do álcool onde elas ocorrem: o caso da redução da TAS na condução sob efeito do álcool

- 1º Período: XIV Governo Constitucional - PS (25/10/1999 - 6/04/2002)

O episódio da alteração ao Código da Estrada e redução da TAS máxima para a condução de 0,5 g/l para 0,2 g/l, mesmo tendo ocorrido à margem do PACA, serviu para que a Indústria do Alcool e alguns setores subjacentes com interesses próprios se manifestasse, mostrasse sua força e fizesse *lobbying* contra essa tomada de decisão do Governo, num momento em que ocorrera a aprovação do PACA e se antevia a regulamentação de uma série de medidas legislativas restritivas.

A partir da entrada em vigor da alteração ao Legislação, no dia 1 de Outubro de 2001, inúmeras manifestações e tomadas de posição ocorreram, a começar pela da CAP (Confederação de Agricultores de Portugal) a 26 de Outubro, que organizou uma manifestação de agricultores em frente à AR com mais de dez mil participantes devido as consequências negativas para o sector vitivinícola resultantes da alteração da TAS na condução¹⁵⁰.

Muitas intervenções se seguiram, das quais se destacaram¹⁵¹:

- A dos agricultores do Cadaval a 6 de Outubro, com o Presidente da Região do Turismo do Oeste a pedir o retorno a taxa de 0,5 g/l e, entre muitas outras manifestações

¹⁴⁹ Jornal Semana Médica, 24-02-2004 – “Governo vai criar rede alcoológica nacional”. Pg.16

¹⁵⁰ Consultar o Site da CAP através do link: <http://www.cap.pt/quem-somos/historia.html>

¹⁵¹ Revista Saúde & Lar. Setembro de 2002. Nº 659. “Lei do Alcool? Xequre-Matel!” Escrito por Luís S. Nunes.

semelhantes, a Câmara Municipal de Alenquer a dirigir formalmente um pedido de anulação da taxa de 0,2 g/l a AR ainda em Outubro.

- A da CONFAGRI (Confederação Nacional das Cooperativas Agrícolas e do Crédito Agrícola de Portugal), em Lisboa, a 26 de Novembro (com o secretário Geral a sua frente) invoca a quebra de 31% de vendas de vinho desde 1 de Outubro e exige a reposição da taxa de 0,5 g/l, sob a ameaça de boicote às eleições autárquicas.

- A do presidente da ARESP (Associação de Restauração e Similares de Portugal) que intervém no debate ao chamar a atenção para o facto de o vinho ser considerado responsável por 16 % da produção e em 50% pelas exportações nacionais.

- A do presidente da Casa do Douro, que entra na contestação exigindo que seja revogada a lei.

Também as associações representativas ou patrocinadas pelo setor vitivinícola com o objetivo de transmitir informação sobre os benefícios do vinho se desdobraram em ações de influência da opinião pública, inclusive através de personalidade do campo científico associadas, como se vê nas citações dos artigos dos jornais:

«(...) O relator das conclusões (simpósio internacional sobre "Alcoolemia na segurança rodoviária", realizado no Porto, pela Lasvin e ViniPortugal), Professor Daniel Serrão, salientou o facto de ser "evidente que uma pessoa que conduz com taxas de álcool no sangue que perturbam o seu desempenho pessoal e social, é um condutor perturbado e perigoso para si e para os outros. Mas não está provado, com rigor, a partir de que valor mínimo de TAS há uma influência prejudicial significativa na qualidade das decisões do condutor e no risco de este sofrer ou provocar um acidente de viação".

E acrescentou: "Um acidente de tráfego é sempre um acontecimento complexo e multifatorial. As decisões do condutor, boas ou más, são igualmente complexas e multifatoriais. Isolar um fator, como a TAS, ou outro qualquer, e imaginar que é esse o fator determinante das decisões humanas e o risco é, metodologicamente, uma ingenuidade".»

Jornal A Capital (Supl.), 02-01-2002. - "Não está provada relação causa-efeito entre alcoolismo e sinistralidade". Pg. 07.

«(...) No decorrer de toda a controvérsia envolvendo a taxa de alcoolémia, a Lasvin e a ViniPortugal realizaram, no Porto, o simpósio internacional sobre "Alcoolémia na segurança rodoviária", cujas principais conclusões revelaram "não estar provada uma relação causa efeito entre as duas trágicas realidades nacionais: o alcoolismo e a sinistralidade". Portugal não apresenta a maior taxa de alcoolémia permitida por lei. Inglaterra, Itália, Canadá e os Estados Unidos da América são alguns dos países que têm como limite máximo 0,8 gramas por litro de sangue.»

Jornal Distribuição Hoje, 01-01-2002. - "Taxa de Alcoolémia 0,2 ou 0,5". Pg. 46.

Mas a principal pressão a nível político veio dos Presidentes das Câmaras onde a atividade vinícola tinha um papel importante, que atuaram a nível da opinião pública, da AR e do Governo, conseguindo no final de Novembro de 2001 chegar ao seu objetivo de reverter a decisão sobre a redução da TAS na condução (Carvalho, 2004, 2004^a; OPSS, 2002).

As muitas manifestações públicas que ocorreram, marcaram a contestação ao Governo, a perda do seu apoio político de base, a sua fraca capacidade de reação aos acontecimentos e pouca autoridade para se manter à frente das políticas do álcool e levá-las adiante, como relata um trecho de um artigo do Jornal "Público", já de Julho de 2002, que faz um resumo esclarecedor de todo o período:

«(...) A 1 de Outubro de 2001, todavia, a lei entrava em vigor, no âmbito da revisão do Código da Estrada, e os condutores passavam a estar obrigados a conduzir apenas com 0,2 gramas de álcool por litro de sangue, o equivalente a uma "imperial". O que se seguiu, nesses dias de inusitada sobriedade nas estradas portuguesas, foi uma das mais interessantes guerras de influência junto dos meios de comunicação social. O "lobby" do álcool - que incluía o sector das bebidas espirituosas, da cerveja e do vinho; agricultores, proprietários de restaurantes, bares e discotecas; deputados, autarcas e consumidores de todos os quadrantes - saiu à rua, desmultiplicou-se em conferências e comunicados de imprensa, organizou

colóquios "científicos" com especialistas pró 0,5 g/l a um ritmo semanal. O Governo reagiu sem grande determinação, introduzindo nas redações estudos a provar que, quanto menos álcool, menos acidentes.»

Jornal Publico, 05/07/2002 - "O gole fatal de Guterres". Escrito por Ricardo Dias Felner

- 2º Período: XV Governo Constitucional - PSD/CDS (6/04/2002 - 17/07/2004)

O discurso de um dos atores sociais da Indústria do Álcool mais presentes na comunicação social e nas políticas do álcool, o representante da ANEBE, já depois do desfecho dos acontecimentos sobre a redução e anulação das taxas de alcoolemia, em Setembro de 2002, torna-se interessante por contradizer e minimizar o que eram os receios de um impacto económico negativo formulados no decorrer dos acontecimentos. Relativizando agora os riscos e os danos provocados pelo álcool na condução, num momento em que a TAS original já tinha sido reposta, abria a porta para novas reivindicações, mostrando como essa Indústria possui uma agenda ao mesmo tempo diversificada e organizada e uma estratégia delineada de atuação junto do Governo e demais forças políticas:

Entrevista a Mário Moniz Barreto secretário-geral da Associação Nacional de Empresas de bebidas espirituosas

(...)

As empresas representadas pela ANEBE sentiram o impacto de a taxa de alcoolemia ter sido reduzida para 0,2%?

Não sentimos qualquer impacto económico no seguimento desta intenção. De acordo com um estudo da DGV, em 1999 e 2000, do total de infrações detetadas 2% tinham a ver com excesso de alcoolemia, constituindo a quinta causa para as infrações detetadas, muito abaixo dos 39% que circulavam com excesso de velocidade, ou dos 15% que desrespeitaram as regras de prioridade.

Em termos económicos, quais as reivindicações da ANEBE?

Neste âmbito, estamos preocupados com a questão fiscal, a qual afeta a performance de todas as empresas, isto porque há um diferencial entre a taxa de IEC (Imposto Especial de Consumo) que é aplicada em Espanha e em Portugal, favorável aos primeiros, na ordem dos 18%. O período de Verão é dramático, porque temos indicações de que entram, sobretudo no Algarve, camiões carregados de bebidas espanholas a um custo inferior, constituindo uma forma de concorrência desleal.

Existem outras reivindicações a nível económico?

Estamos a acompanhar o facto de a diretiva comunitária sobre os prazos de pagamento ainda não ter sido transposta para o direito português. Persistem situações de grandes compradores que não pagam a menos de 60 ou 80 dias. Na indústria de bebidas alcoólicas, a situação é ainda mais dramática porque a última revisão dos prazos de pagamento do imposto sobre as bebidas alcoólicas obriga a pagar no prazo de 30 dias após a introdução ao consumo. Na prática antecipa-se o pagamento ao Estado antes das empresas receberem.

O Governo devia estar atento à problemática da concorrência fiscal como forma de combater o chamado cross border shopping.

Semanário Económico, 06-09-2002 - "A taxa de alcoolemia nos 0,2% não afetou o sector". Pg. 24

2- Tentativas de parceria nas políticas do álcool com organismos públicos

- 1º Período: XIV Governo Constitucional - PS (25/10/1999 - 6/04/2002)

A primeira atividade dos representantes da Indústria do Álcool identificada com uma tentativa de participação nas políticas públicas do álcool decorreu a partir da constituição da ANEBE (Associação Nacional das Empresas de Bebidas Espirituosas), Membro português do *The Amsterdam Group*¹⁵², em Setembro de 2000, em simultâneo à aprovação do PACA. De imediato, esta associação promotora do consumo moderado e

¹⁵² *The Amsterdam Group* – "Aliança dos líderes Europeus produtores de cervejas, vinhos e espirituosas, que suporta ativamente (...) a posição de que só uma abordagem balanceada, em que a indústria das bebidas é parte da solução, pode ajudar a reduzir os impactos negativos do abuso de álcool na sociedade".

responsável de bebidas alcoólicas¹⁵³ procurou se impor como parceiro natural das autoridades responsáveis pelo álcool, reivindicando sem êxito, junto da DGS, integrar a Comissão Interministerial que seria incumbida de elaborar a proposta de regulamentação do PACA (Carvalho, 2004^a).

Posteriormente, a ANEBE promoveu, patrocinou e implementou uma série de iniciativas, tentando se apresentar como parceiro válido e ativo nas políticas do álcool. Em Novembro de 2002, no âmbito de um estudo epidemiológico sobre o consumo de álcool em Portugal desenvolvido pela ANEBE, esta solicitou que o MS nomeasse um técnico especializado para acompanhamento dos trabalhos, sendo indicado um colaborador do CRAS¹⁵⁴. Lançou em Portugal também a primeira edição da campanha “Condutor 100% Cool”¹⁵⁵, que iniciou-se em 2002 e continuou ao longo dos anos seguintes. Definida como de prevenção mas internacionalmente conhecida como uma campanha de redução de danos do “Condutor Designado” direcionada a condução sob o efeito do álcool, por vezes recebeu críticas pelos princípios adotados em países onde foi desenvolvida. Desde de os primeiros momentos, este projeto recebeu o apoio institucional da Comissão Europeia e, em Portugal, envolveu e recebeu o patrocínio e apoio de diversas entidades governamentais que tinham participado na elaboração e na regulamentação do PACA (como o Instituto Português da Juventude na tutela da PCM, a Direção Geral de Viação na tutela do Ministério da Administração Interna, a Secretaria de Estado da Juventude e Desportos, entre outros), bem como outras instituições privadas interessadas na questão da sinistralidade rodoviária.

- 2º Período: XV Governo Constitucional - PSD/CDS (6/04/2002 - 17/07/2004) e 3º Período: XVI Governo Constitucional - PSD/CDS (17/07/2004 - 12/03/2005)

A ANEBE ampliou suas parcerias a mais organismos públicos e ministérios ao longo do tempo e das suas sucessivas edições desse projeto, e também com o desenvolvimento de novos projetos, atravessando os vários Governos que se sucederam durante a primeira metade da década de 2000. Em 2005, através da “Campanha 100% Cool”, a ANEBE participou a convite da Presidência da República numa presidência temática sobre sinistralidade rodoviária.

Em Maio de 2005, a ANEBE contacta e pede reunião ao MS, com encaminhamento para o Alto-comissariado da Saúde e DGS¹⁵⁶, no intuito de envolver esses parceiros nos seus projetos, mas sem repercussões práticas. A ANEBE e seus projetos continuam em funcionamento e aparecem constantemente como parceiro estratégico em áreas da sinistralidade rodoviária e outros programas preventivos.

3- Tentativas de influenciar a posição do Governo nas políticas do álcool internacionais e comunitárias

- 2º Período: XV Governo Constitucional - PSD/CDS (6/04/2002 - 17/07/2004)

Ao longo da década de 2000, a participação da Indústria do Alcool aparece renovada no panorama político nacional, já desenvolvendo de forma clara uma ação concertada com seus parceiros europeus; um reflexo da globalização que atingiu o setor. Um exemplo

¹⁵³ A ANEBE reúne as principais empresas de bebidas espirituosas em Portugal. Atualmente, tem como objetivo o combate aos problemas de carácter social relacionados com o consumo excessivo ou inadequado de bebidas alcoólicas, assessoria à criação das leis e regulamentos aplicáveis ao sector e o apoio às autoridades competentes no sentido de travar a ilegalidade, a fraude e evasão fiscal e a concorrência desleal. Particularmente no que se refere à intervenção da ANEBE no domínio da promoção do consumo moderado de bebidas alcoólicas, as empresas associadas representadas pela ANEBE, enquanto líderes mundiais neste segmento de mercado, consideram que faz parte do seu âmbito de atuação a promoção, em todos os momentos da vida, do consumo moderado e responsável dos seus produtos, assumindo que, em alguns momentos da vida, o consumo moderado e responsável equivale ao não consumo. Mais informações em: <http://www.anebe.pt/pt/>

¹⁵⁴ Documento de Arquivo da DGS: - 20021112_04a CARTA MS_DSPSM acompanhamento estudo ANEBE.

¹⁵⁵ Mais informações em: <http://www.anebe.pt/pt/projectos/100-cool/-descricao-.html>

¹⁵⁶ Documento de Arquivo da DGS: - 20050502_10 carta ANEBE_DGS

que se faz clássico da influência da Indústria do Alcool na condução das políticas nacionais e internacionais reside na forma como os Governos e outros organismos de condução de políticas setoriais atuam, direta e indiretamente, para proteger ou beneficiar o setor do álcool e os seus operadores ou para adiar ou impedir que determinadas políticas do álcool efetivas evoluam.

A atuação dos atores da Indústria do Alcool seria bem notada quando a Europa procurou eliminar os benefícios do “imposto zero” concedidos pelos Governos produtores ao vinho, desde a criação da legislação sobre os impostos especiais ao consumo e sua regulamentação. A CE havia definido que estes benefícios cessariam entre os anos de 2003-2004, eliminando assim discriminações fiscais existentes. Segundo o Relatório da Primavera de 2004 (OPSS, 2004), para defender seus interesses a CAP (Confederação dos Agricultores de Portugal) assumia que:

– Portugal sabe consumir com moderação, logo não devia ser penalizado pela falta de moderação de cidadãos de outros países europeus;

– o sector vitivinícola português deve ser protegido destas medidas europeias pois contribui para a saúde pública, dado que o vinho, segundo afirma o seu Secretário-geral, tem “comprovados benefícios para a saúde”.

(OPSS, 2004),

Nenhuma das duas afirmações poderia ser confirmada pelas evidências científicas existentes: nesta altura Portugal era um dos maiores consumidores *per capita* de álcool da Europa e do Mundo e os estudos credíveis que apontavam para os limitados benefícios do vinho na saúde cardíaca individual de alguns poucos também demonstravam que o consumo de álcool representava uma grande percentagem do peso da doença global. Todavia no meio político estas contradições permanecem e os argumentos apelativos de atores sociais influentes e com forte *lobbying* resultam. Neste sentido, no momento limite para a alteração do imposto sobre bebidas alcoólicas proposto pela CE, o Ministro da Agricultura de Portugal acabou por posicionar contra, defendendo o setor do vinho, mesmo tal sendo prejudicial a Saúde Pública - já que estimula o consumo através de políticas de baixos custos e preços - e prejudicial ao Estado - que continua a abrir mão de uma arrecadação fiscal considerável.

- 3º Período: XVI Governo Constitucional - PSD/CDS (17/07/2004 - 12/03/2005)

A partir de 2004, as intervenções da Indústria do Alcool começam a visar claramente a atuação portuguesa nos fóruns internacionais que procuravam investigar e definir estratégias mais efetivas para as políticas do álcool, como a OMS e a UE. Duas cartas documentadas datadas do final de 2004¹⁵⁷, uma da FEVIN (Federação dos Vinhos e Espirituosos de Portugal) e outra da ANEBE (Associação Nacional de Empresas de Bebidas Espirituosas), de origens diferentes mas com o mesmo conteúdo (que foi elaborado em concertação com outras entidades europeias de *lobbying*), questionando junto do MS a atitude da Comissão Europeia na contratação do perito Dr. Peter Anderson, para elaboração dos estudos que contribuiriam para a formulação da estratégia europeia, considerando a escolha tendenciosa da posição das ONGs e contra a Indústria do Alcool, bem como tecendo críticas negativas ao perfil e comportamento do escolhido. Nota-se que a opinião expressa não era de forma alguma condizente com o mérito e currículo do investigador, reconhecido a nível mundial e europeu por todas as organizações de saúde e pelos seus pares. Na verdade, denegrir, desacreditar e considerar inadequada as iniciativas de investigação credenciada e isenta de interesses privados em prol das políticas do álcool tem sido referida como uma das estratégias mais comuns da Indústria para intervir na área das políticas do álcool (Babor, 2009; Casswell, 2009; Miller *et al.*, 2006; Anderson e Baumberg, 2006).

¹⁵⁷ Documentos de Arquivo da DGS: - 20041130_10 carta FEVIN_DGS; - 20041216_10 carta ANEBE_DGS

- 4º Período: XVII Governo Constitucional - PS (12/03/2005 - 26/10/2009)

No início de Setembro de 2005 a FEVIN (Federação dos Vinhos e Espirituosos de Portugal) e a APCV (Associação Portuguesa dos Produtores de Cervejas) contactam o Ministro da Saúde por carta¹⁵⁸ com conteúdos semelhantes, no intuito de apresentar suas posições e influenciar a posição de Portugal em relação aprovação da proposta de resolução para a *“Framework for Alcohol Policy in the WHO European Region”* que ocorreria durante a 55ª sessão da *WHO Regional Committee for Europe* entre 12 e 15 Setembro em Bucareste. Nestas cartas, os representantes da Indústria do Álcool reclamavam que, mesmo sendo reconhecidos como um interveniente importante no processo de combate aos PLA, não tinha sido incluídos como colaboradores na iniciativa da OMS europeia. Reivindicavam, assim, que os representantes de Portugal (no caso através da DGS), durante a discussão na referida sessão, reiterassem a disponibilidade da Indústria do Álcool de ser um colaborador efetivo nesta iniciativa.

A FEVIN anexava a carta original do conjunto de representantes europeus da Indústria do Álcool, escrita no mesmo sentido, e que possuía mais uma série de críticas a resolução, bem como o *draft* da resolução com as propostas de mudanças ao texto que estas representantes compreendiam como necessárias.

A APCV já referia na sua própria carta os assunto mais importantes desta carta original e uma série de discordâncias em relação a propostas do documento de trabalho, a começar pelo fato de considerarem as mudanças económicas e comerciais implícitas na resolução prematuras, sem base científica e sem de consenso alargado reconhecido pela própria OMS anteriormente. Refere também, como argumentação pouco aceitável cientificamente e estratégia típica da Indústria do Álcool, a presença constante no texto da resolução de citações ao livro *“Alcohol: No Ordinary Commodity”* e ao trabalho do seu autor Thomas Babor (na verdade, o livro é de autoria de um conjunto de 15 renomados investigadores internacionais apoiados pela OMS), considerando o trabalho pouco fundamentado e não representativo da generalidade dos peritos na área. Por fim, referem o fato não menos importante da estratégia europeia da OMS estar se desenvolvendo no sentido contrário ao da iniciativa da Comissão Europeia (EU), que “têm vindo a reunir-se com os representantes da Indústria no sentido de se adotarem estratégias comuns de combate ao abuso do álcool”.

Este trabalho de *lobbying* e de influência junto dos atores sociais e das autoridades, tanto internacionais como nacionais, tem sido feito com bastante eficácia e consistência pela Indústria do Álcool. Neste caso, apesar de não ter produzido uma mudança pública por parte de Portugal nem uma resposta imediata à solicitação, alguns acontecimentos ocorreram na sequência deste.

Em 29 de Setembro de 2005, já depois da sessão do *WHO Regional Committee for Europe*, ocorreu uma reunião entre os responsáveis da DGS pelas políticas do álcool e os representantes da Indústria do Álcool (cervejas - APCV, vinho - FEVIN e bebidas espirituosas - ANEBE) em Portugal¹⁵⁹. Na agenda, para além de uma apresentação das atividades desenvolvidas pelas entidades da Indústria (que providenciava resposta ao pedido da ANEBE feito em Maio), constavam as preocupações da Indústria em relação ao relatório em preparação por Peter Anderson para a Comissão Europeia (referidas pela FEVIN e APCV em Setembro). Por parte da DGS a discussão referia-se a questões do marketing e os jovens, as ações a nível nacional em preparação na DGS (nomeadamente as constantes do memorando enviado ao Ministro da Saúde e com indicações para ser

¹⁵⁸ Documento de Arquivo da DGS: - 20050908_10 carta FEVIN_DGS; - 20050913_10 carta APCV_DGS.

¹⁵⁹ Documentos de Arquivo da DGS: - 20050926_10 carta DGS_CRA; - 20050929_10 reunião Indústria DGS lista; - 20050929_10 reunião Indústria DGS1 agenda; - 20050929_10 reunião Indústria DGS2 notas; - 20050929_10 reunião Indústria DGS3 notas; - 20050929_10 reunião Indústria DGS4 notas.

desenvolvido) e um ponto da situação das ações acordadas e com possibilidade de atuação em conjunto entre a Indústria, a DGS e os CRAs.

Estas foram as primeiras conversações formais e registadas no intuito de estabelecer colaboração entre organismos da administração pública de Saúde e a Indústria do Álcool. Apesar de ter sido referida a continuação destas reuniões não ocorreram desenvolvimentos imediatos.

Todavia, deve-se referir que foi no final de 2005 que as iniciativas do Governo para reiniciar o trabalho começado com o PACA cessaram, com os próprios responsáveis do MS alegando que o trabalho em desenvolvimento não se encontrava concluído e era apenas “um punhado de ideias”¹⁶⁰.

Com o replaneamento das ações, medidas legislativas e programas nacionais em suspenso, somente a partir de Setembro de 2006 a Indústria do Álcool volta ao contacto com a DGS. A ANEBE e a APCV estabelecem comunicações por e-mail com a DSPSM/DGS¹⁶¹ com vista a demonstrar a sua preocupação e discutir questões relativas ao posicionamento da Indústria em relação ao documento da DG SANCO (EU) sobre a estratégia europeia do álcool “*Draft Communication on a Coordinated Approach in Europe for Tackle Alcohol Related Harm*” que seria divulgado publicamente em Outubro de 2006.

Neste contato ambas associações manifestam as suas posições (semelhantes a dos seus parceiros e representantes europeus) em relação aos planos contidos no esboço de estratégia europeia, mostrando-se desagradados com a definição de políticas europeias que impõem uma solução única para todos os países, defendendo que estas deveriam ser definidas caso a caso de acordo com as circunstâncias e cultura locais (uma estratégia da Indústria para descredibilizar as políticas e os potenciais acordos internacionais)

A carta da APCV apontava claramente a sua posição a favor da autorregulação (que é defendida pela indústria em oposição a uma regulação pública e medidas legislativas e fiscalizadoras mais fortes), mas contrária a uma série de outras medidas presentes, algumas das quais coincidentemente semelhantes às iniciativas planeadas pela DGS junto do Governo. A APCV manifestava assim a sua posição às propostas da DG SANCO:

«A posição do sector cervejeiro português é de manifestar a sua preocupação sobre possíveis políticas pan-europeias num sector onde devem ser os diferentes Estados-Membros a definir as suas próprias políticas de acordo com as suas especificidades locais, porque os problemas sociais e de saúde associados ao álcool variam imenso de país para país devido às consideráveis diferenças culturais existentes. (...)

Salientamos também como muito positiva o anunciado reforço da autorregulação - achamos fundamental que isso ocorra! - e nisso a APCV têm o prazer de lhe antecipar que todo o sector cervejeiro português terá ainda este ano um novo Código de Autorregulação para a Comunicação Comercial cuja monitorização será totalmente independente da indústria (...).

Por outro lado, manifestamos a nossa oposição às seguintes propostas da DG SANCO de uma legislação pan-europeia uniforme em todos os países da União nas seguintes áreas:

- Restrições adicionais à comunicação comercial (deve ser decidido a nível nacional, caso a caso, de acordo com evidências)

- BAC 0,0 g/l para novos condutores (deve ser decidido a nível nacional, caso a caso, de acordo com a cultura de cada país)

- IMA de 18 anos (deve ser decidido a nível nacional, caso a caso, de acordo com a cultura de cada país, de acordo com os padrões de consumo e ainda de acordo com a graduação alcoólica das diferentes bebidas)

- Em Portugal achamos prioritário que fiscalizemos efetivamente e façamos primeiro cumprir a atual lei para que jovens menores de 16 anos não tenham possibilidade de adquirir ou consumir álcool.

¹⁶⁰ Jornal Público, 12-11-2005 - “Tutela diz que programa do álcool não está concluído”. Pg. Escrito por Alexandra Campos.

¹⁶¹ Documentos de Arquivo da DGS: - 20060904_10 carta ANEBE_DGS; - 20060920_10 carta APCV_DGS.

- Health warnings na rotulagem (deve ser decidido a nível nacional, caso a caso, de acordo com a cultura de cada país) porque não existem evidências que elas sejam úteis no combate ao abuso do consumo de álcool, daqueles que o fazem.»

As respostas dos responsáveis da DGS a APCV e a ANEBE referem que irão dar a melhor atenção aos assuntos e que consideram:

«... ser importante o estabelecimento e reforço de uma plataforma de diálogo tendo em vista os objetivos inerentes à saúde pública, numa perspetiva transversal e intersectorial, indispensável quando falamos do Álcool.»

A resposta da APCV demonstra a política de relacionamento típica da Indústria de ser incluída nas decisões políticas e nas políticas públicas, bem como impor a compatibilização da continuação do consumo com as medidas de políticas públicas. Assim, referia:

«É nossa intenção prosseguir e reforçar os contactos e o diálogo convosco porque é absolutamente necessário fazermos parte da solução e combatermos em conjunto os problemas de excesso de consumo de álcool. Estaremos sempre disponíveis para isso tomando como base de princípio que é possível compatibilizar o nosso negócio (venda de cerveja de forma moderada e responsável) com as questões de saúde pública associadas aos malefícios/benefícios do consumo de cerveja.»

Internamente, o responsável da DSPSM da DGS lembra a direção que “há uma preocupação acrescida da indústria, dado que a CE está a preparar uma “Comunicação” como base a uma futura estratégia para reduzir os problemas ligados ao álcool (PLA) na UE. Estas iniciativas da UE bem como um relatório publicado recentemente sobre a situação na Europa dos PLA têm provocado grande inquietação na Indústria do Álcool, em todos os países da Europa incluindo Portugal”.

A mais significativa intervenção formal da Indústria do Álcool junto das autoridades de Saúde ocorreu na sequência dessa série de contactos, através de carta enviada para o Ministro da Saúde e encaminhada para resposta à DGS em Outubro de 2006¹⁶². Nela o conjunto alargado de representantes da Indústria do Álcool¹⁶³ em Portugal aborda a sua preocupação e reservas quanto aos moldes em que estão a ser desenvolvidas as políticas comunitárias sobre o álcool, alegando que as soluções apresentadas seriam nocivas para o país. Defendem uma política que leve em consideração o consumo moderado e responsável e a aplicação de regulamentação e medidas de acordo com as circunstâncias socioeconómicas e a cultura locais (lema e estratégia da Indústria). Mas a principal intenção desta iniciativa se prende a apresentação de proposta de compromisso para com medidas de políticas públicas específicas e já pré-definidas no documento, com as quais colaborariam, no pressuposto de que Portugal se opusesse às políticas de aplicação generalizada que estavam sendo definidas a nível da Comissão Europeia para uma estratégia comunitária e adotasse essa abordagem em particular.

O documento anexo a carta referia a visão da Indústria sobre a dimensão do problema, alertando que: a maioria dos consumidores fazia um uso moderado e responsável e não apresentava problemas; os consumos abusivos e irresponsáveis estavam limitados a uma minoria populacional; as soluções nacionais eram mais adequadas aos problemas nacionais; havia uma necessidade de dados credíveis para políticas sólidas; as mensagens sanitárias como instrumento de prevenção de consumos inadequados são ineficazes; a utilização dos impostos para diminuir consumos trazia grandes desvantagens; e havia soluções diferentes para realidades/problemas diferentes.

¹⁶² Documento de Arquivo da DGS: - 20061004_10 carta Industria_DGS

¹⁶³ ANEBE (Associação Nacional de Empresas de Bebidas Espirituosas); FEVIN (Federação dos Vinhos e Espirituosos de Portugal); APCV (Associação Portuguesa dos Produtores de Cervejas); FENADEGAS (Federação Nacional de Adegas Cooperativas); AEVP (Federação Nacional das Empresas de Vinho do Porto); ACIBEV (Associação dos Comerciantes e Industriais de Bebidas Espirituosas e Vinhos), CAP (Confederação de Agricultores de Portugal).

Defendia também intervenções que consideravam mais eficazes como o apoio da Indústria a políticas e medidas equilibradas e sensatas, soluções específicas para problemas específicos e dar a possibilidade ao indivíduo de fazer escolhas informadas.

As principais propostas da Indústria foram sumarizadas no final do documento de seguinte forma:

«(...) **3. A Proposta da Indústria**

(...)

- **Aumento de Idade Mínima para Aquisição de Bebidas Alcoólicas**

(...) as entidades abaixo subscritas propõem a equiparação da Idade Mínima para Aquisição de Bebidas Alcoólicas à da maioria política estabelecida nos 18 anos de idade. (...)

4. Compromissos dos três subsectores das Bebidas Alcoólicas:

A) Continuar a desenvolver ações no âmbito do álcool e condução, nomeadamente a campanha do "Condutor 100% Cool, O Condutor Escolhido com 0% de Álcool"

B) Com o lançamento da Nova Estratégia do Sector Vitivinícola para a Promoção de um Consumo Moderado a promoção e definição de "Consumo Moderado e Responsável"

C) Reforço do Código de Autorregulação "Boas Práticas da Comunicação Comercial de Bebidas Alcoólicas", especialmente no que diz respeito aos mecanismos sancionatórios previstos e a uma maior visibilidade da mensagem "Seja Responsável. Beba com Moderação".

D) Desenvolvimento de ações de formação junto dos empregados da hotelaria, restauração e similares para um serviço responsável de bebidas alcoólicas.

E) Auxiliar, em colaboração com as entidades com responsabilidades nesta área, a uma melhor aplicação da Lei que proíbe o serviço e venda de bebidas alcoólicas a menores.

F) Criar com as Escolas e Encarregados de Educação projetos educativos com o objetivo de, sempre que possível, atrasar a introdução ao consumo de bebidas alcoólicas dos jovens e, quando tal for inevitável, tornai essa introdução informada e consciente.»

A resposta final da DGS ao Gabinete do Ministro da Saúde¹⁶⁴ rejeita ponto a ponto as propostas da Indústria, com argumentação de que algumas são de mensagens e ações inadequadas ao objetivo das políticas do álcool e outras improprias de serem executadas pela Indústria, lembrando que o Governo tem em mãos um "pacote do álcool" desde 2005, com um conjunto de medidas adequadas de ser implementadas.

Desconhece-se que o MS tenha dado outro seguimento ao assunto, quer por iniciativa própria, que através do seu encaminhamento para o IDT que nesta altura recebia as atribuições dos CRAs, através da nova lei orgânica do MS publicada.

No final de 2006 a DGS deixou de desenvolver conversações a partir dos contactos feitos pela Indústria, já consciente de alterações na estrutura do Ministério que retirariam os PLA da sua competência. Alguns representantes da Indústria mantiveram contactos e tentativas de envolver a DGS nas suas atividades, como a aprovação de um novo Código de Autorregulação para a comunicação comercial da Indústria do Álcool assinado pela APCV (carta de Novembro de 2006)¹⁶⁵, e eventos, como a conferência que ocorreria na AR patrocinado pela ANEBE (e-mail de Janeiro de 2007)¹⁶⁶, o que demonstra a ainda fraca articulação institucional da Indústria com os novos responsáveis pelas políticas do álcool, mas promissoras ligações com o poder político.

Análise:

Destaca-se neste período a atuação da Indústria do Álcool, que passou de uma estratégia de influência direta dos poderes políticos, através dos produtores e

¹⁶⁴ Documento de Arquivo da DGS: - 20061017_10 DGS_MS_resposta carta Industria.

¹⁶⁵ Documento de Arquivo da DGS: - 20061116_10 carta APCV_DGS

¹⁶⁶ Documento de Arquivo da DGS: - 20070122_10 carta ANEBE_DGS

colaboradores setoriais para uma estratégia que incluía também a representação social e participação nas políticas do álcool. Assim, a organizações sociais da Indústria do Alcool se consolidou em Portugal, procurando estabelecer parcerias com os organismos públicos responsáveis pelas áreas afetadas pelo consumo de bebidas alcoólicas, especialmente com a área da Saúde que era responsável pela orientação e prossecução das políticas do álcool nacionais e internacionais.

A utilização da sua importância económica para o Estado e em termos de abrangência do setor no panorama nacional, aliada a um apoio internacional e financiamento quase ilimitado para atingir os seus objetivos, permitiu um mais fácil desenvolvimento dessa estratégia

- **Sociedade Civil, ONGs e Comunidade de Saúde: subsídios após a aprovação do PACA**

- 1º Período: XIV Governo Constitucional - PS (25/10/1999 - 6/04/2002)

Após a aprovação e publicação dos diplomas referentes ao PACA e à RAN, a expectativa da Comunidade de Saúde e ONGs ligadas aos PLA e às políticas do álcool relacionadas com a regulamentação das medidas legislativas, o financiamento e a adoção das suas práticas naturalmente aumentou.

Pelo menos uma exposição, elaborada pela Associação de Mães "Crescer em Confiança" oriunda de Rabo de Peixe - Açores, e subscrita por um conjunto alargado de entidades, deu entrada na AR no primeiro semestre de 2001¹⁶⁷, dirigida a todos os grupos parlamentares, onde referia a preocupante situação do consumo de álcool por crianças e jovens em Rabo de Peixe, para além das situações já conhecidas por parte dos homens, geradoras de violência doméstica e questionava sobre a regulamentação de uma série de medidas do PACA, tendo em vista a situação local.

A polémica suscitada pela redução da taxa de alcoolemia para 0,2 g/l em 2001 mobilizou alguns atores sociais importantes, que apresentaram publicamente pontos de vista e fundamentos favoráveis à medida¹⁶⁸. Foi o caso, em Março de 2001, do Prof. Doutor Duarte Nuno, Presidente do IML (Instituto Nacional de Medicina Legal) que defendeu uma TAS entre 0,2-0,3 g/l, quando a comunicação social revelou que no IP4, entre Amarante e Bragança, morria uma pessoa em cada cinco acidentes. Em Outubro o Prof. Doutor Tato Marinho (Gastroenterologista do Hospital Santa Maria) dizia que a nova taxa de 0,2 g/l poderia evitar anualmente 200 mortes de jovens com menos de 35 anos.

Pouco mais de um ano passado da aprovação do PACA, na sequência da polémica sobre a redução e reposição da TAS na condução e na ausência de apoios e financiamentos claros ao desenvolvimento prático da RAN, começam a vir a público as primeiras medidas relativas ao PACA, com a publicação de um diploma com alterações ao Código da Publicidade e notícias sobre a proibição de venda a menores, que apresentariam diferenças substanciais em relação ao programando inicialmente. As notícias dos jornais dão conta que o Governo estaria abandonando ou recuando em mais medidas do PACA¹⁶⁹. Um sentimento de descrença é identificado no discurso dos responsáveis pelos CRAs diante da constatação da falta de vontade política e da cedência aos interesses instalados. Esse discurso foi encontrado em vários meios de comunicação social, como no artigo do Jornal Público de início de Janeiro de 2002:

«Para o diretor do Centro Regional de Alcoologia do Centro, Augusto Pinto, a eficácia destas alterações ao Código da Publicidade é "zero". "A proibição de venda de bebidas alcoólicas a menores de 18 anos, com a nuance de os com mais de 16 anos continuarem a poder ingerir vinho e cerveja, não tem qualquer efeito.

¹⁶⁷ Documento de Arquivo da DGS: - 20020117_04a CARTA DSPSM MS requerimento BE 20010502

¹⁶⁸ Revista Saúde & Lar. Setembro de 2002. Nº 659. "Lei do Alcool? Xeque-Mate!" Escrito por Luís S. Nunes.

¹⁶⁹ - Jornal Público, de 02-01-2002. "Governo diz que não vai desistir". Pg. 20.

- Rádio Renascença / Bloco Noticioso, 24-01-2002 - 18:00. "Governo recua no combate ao alcoolismo".

Tudo isto é uma operação de cosmética e julgo, neste momento, que o Plano de Ação contra o Alcoolismo está a ser desvirtuado", diz.

Domingos Neto, diretor do Centro de Alcoologia do Sul, pede que se tenha o "bom senso de não abandonar o plano, porque foi das poucas coisas boas que se fizeram em Portugal", enquanto José Barrias, presidente do Instituto de Alcoologia, vai mais longe, ao afirmar que "a condução das políticas do álcool nos últimos anos tem sido feita sob o signo da clandestinidade e da incompetência". O plano, prevê Barrias, "corre o risco de fracassar", até porque "estas leis avulsas nem sequer se articulam umas com as outras"

Jornal Público, de 02-01-2002. - "Plano contra Alcoolismo corre o risco: sucessivos recuos retiram eficácia às poucas medidas já concretizadas". Pg. 20/21. Escrito por Alexandra Campos

O Governo, desde 2000, assumia cada vez mais a condução e o *timing* das políticas do álcool através da Presidência do Conselho de Ministros, deixando à margem as instituições da Saúde e transmitindo para a comunicação social a mensagem de que o PACA estava sendo amplamente implementado¹⁷⁰. No início de 2002, essa situação acabou por suscitar uma resposta pública ampla e contundente do então diretor do CRA do Sul.

«A maneira como os dois governos do Partido Socialista têm conduzido a política alcoológica e de drogas nos últimos seis anos é bem sintomática da sua prática de transformar sistematicamente boas ideias e trabalhos sérios em projetos descoordenados, colidindo uns com os outros, desinseridos de quem deveria ter definido essas políticas, e desenquadrados tecnicamente. (...)

Esta sanha não poderia, no entanto, parar por aqui e, obviamente, teria que estender-se à política do álcool, verdadeira toxicodependência nacional (com cerca de 580.000 dependentes, contra 80.000 de heroína), onde a confusão também tem sido mais do que muita, com leis adequadas, como o Plano de Ação contra o Alcoolismo, a terem sido desvirtuadas e não cumpridas, com diplomas do Ministério da Administração Interna sobre condução automóvel e psicotrópicos sem a devida assessoria por parte do Ministério da Saúde, a serem promulgados para serem depois revogados. Começamos então a assistir ao Sr. Secretário de Estado a proclamar que o Plano Alcoológico tinha sido praticamente regulamentado, perante o silêncio do Ministério da Saúde, e a defender políticas do foro alcoológico, não se sabe com que legitimidade, com que coordenação e com que assessoria técnica. (...)

No que se refere à Alcoologia, é preciso que se respeitem e que se consultem os nossos alcoologistas e os pequenos e prestigiados organismos onde trabalham, que defendem uma política de parcerias, com economia de meios, contrária às afirmações bombásticas de quem muitas vezes, ilegitimamente, fala em nome deles. (...) Em vez de afirmações desastradas, o povo português necessita que os partidos e coligações eleitorais que concorrem às eleições de 16 de Março apresentem propostas claras sobre este tema, transparentes do ponto de vista institucional, enquadradas adequadamente e com quantificação de custos. O álcool também não dará votos. Pelo contrário, poderá voltar a fazer perder alguns. Respeitem quem trabalha e as suas instituições. Já nos faltaram demasiadas vezes ao respeito. Basta! O povo português fica à espera da definição dessas políticas e premiará as melhores, as mais adequadas e as que tiverem uma melhor relação custo-benefício.»

Jornal Público, de 18-02-2002. Artigo de Opinião: "Arrumar a casa na política de álcool e droga". Escrito por Domingos Neto.

- 2º Período: XV Governo Constitucional - PSD/CDS (6/04/2002 - 17/07/2004) e 3º Período: XVI Governo Constitucional - PSD/CDS (17/07/2004 - 12/03/2005)

A Associação de Cidadãos Auto-Mobilizados (ACA-M)¹⁷¹ acompanhou todo o movimento ocorrido desde Outubro de 2001 até Julho de 2002, relacionado com a redução da TAS máxima permitida na condução para 0,2 g/l e a sua reposição nos 0,5 g/l. Numa altura em que um novo Governo tinha há pouco tempo assumido funções, a ACA-M fez uma Conferência de Imprensa em 17 de Julho de 2002 para um conjunto de propostas enviado ao governo e AR, intitulado: "Acabar com a sangria nas estradas portuguesas". A 30 de Julho de 2002, fez um comunicado sobre a situação rodoviária em Portugal (posterior à revogação da lei que reduzia a taxa de alcoolemia a 0,2 mg/l), lançando uma campanha de pressão a nível europeu junto dos órgãos de soberania de Portugal, com o

¹⁷⁰ *Jornal Público, 11-01-2002. - "Governo afirma que o plano contra o alcoolismo «está praticamente executado". Pg. 30. Escrito por Paula Torres de Carvalho*

¹⁷¹ Consultar o Site da ACA-M através do link: http://www.aca-m.org/w/index.php5?title=Historial_de_Actividades

apoio da EUROCARE e várias outras ONGs europeias, onde apelava à intervenção do Presidente da República:

«Alcoolemia motiva apelo a Jorge Sampaio

Alertada pela Associação dos Cidadãos Auto-Mobilizados, a Eurocare, entidade que congrega 46 organizações de 12 países europeus, empenhadas em problemas relacionados com o álcool, escreveu a Jorge Sampaio, pedindo-lhe que faça com que o limite de alcoolemia permitida aos condutores portugueses volte aos 0,2 g/l. "Regressão na política" é como caracterizam a situação.»

Jornal Notícias, 09/08/2002 - "Alcoolemia motiva apelo a Jorge Sampaio". Pg. 14

Além desse acontecimento, foi durante os anos que se seguiram que as políticas do álcool foram alvo de críticas periódicas da Comunidade de Saúde e ONGs. O OPSS as referia nos seus relatórios da primavera sucessivamente a falta de avanços das políticas do álcool (OPSS, 2002; 2003; 2004; 2005). Basicamente desde a situação política gerada pela redução da TAS, passando pela não nomeação da Comissão Interministerial, a sinistralidade automóvel, a ausência de implementação das políticas públicas, a falta de cumprimento e fiscalização das medidas que foram regulamentadas; vários foram os aspetos mencionados.

Continuaram também as críticas públicas vindas dos especialistas, em relação a temas que já haviam sido fruto de alterações legislativas, como o caso da publicidade, mas reconhecidas como insuficientes:

«Denúncia: Centros nacionais de alcoologia reuniram-se em Lisboa.

(...) "tem-se vindo a notar um aumento muito significativo de ingestão entre os jovens e as mulheres", lamenta Aires Gameiro, diretor da Casa de Saúde de São João, no Funchal, para quem este acréscimo "é uma consequência de uma intensa campanha de publicidade por parte das empresas de distribuição de bebidas destiladas, lançando uma autêntica moda entre os adolescentes".

O patrocínio por parte das multinacionais de bebidas alcoólicas a acontecimentos desportivos, festas de estudantes e até dos Santos Populares, "é uma irresponsabilidade do Estado, e um verdadeiro incentivo aos jovens que não vêm os perigos que o consumo excessivo de bebidas pode trazer", alerta Aires Gameiro.»

Jornal A Capital, 23-02-2003 - "Álcool mata mais de 20 portugueses por dia". Pg. 10.

Mesmo a nível dos dirigentes da área da saúde e das dependências estas críticas se faziam ouvir em eventos públicos e através da imprensa. No decorrer desses anos, foram sendo apontadas as ausências ou falhas de intervenção evidentes das políticas do álcool, em áreas diversas como a do financiamento, prevenção, publicidade, proibição de venda a menores ou da falta de recursos e meios para fazer face ao tratamento dos PLA.

«Fernando Negrão nos Encontros "Pensar Século XXI"

O presidente do Instituto da Droga e Toxicodependência, Fernando Negrão, é da opinião de que os problemas de alcoolismo em Portugal "são muito mais preocupantes" do que a toxicodependência. O antigo diretor da Polícia Judiciária expressou esta opinião durante o colóquio-debate dos Encontros "Pensar Século XXI", organizados pela associação OHs XXI.

Todavia, acrescentou, esta "é uma questão menosprezada no nosso país". Revelaria, então, que a verba para 2003, orçamentada pelo Governo, para a prevenção da toxicodependência, é de 18 milhões de euros, para cerca de 40 mil toxicodependentes. Já com os 500 mil portugueses alcoólicos, serão gastos apenas 1 milhão de euros.»

Jornal As Beiras, 16-05-2003 – "Álcool preocupa mais que a droga". Escrito por Paulo Leitão

«(...) Na presença do Ministro da Saúde, o Presidente do IDT, Dr. Fernando Negrão, defendeu que se acabe com a publicidade às bebidas alcoólicas nos meios de Comunicação Social

(...) No seu discurso, o Presidente do IDT considerou que a promoção das bebidas alcoólicas "mata a prevenção e está em clara oposição ao grande projeto" de combate à toxicodependência, para o qual «todas as instituições e a sociedade civil» devem fazer convergir os seus esforços. "É muito importante que o poder político proíba estas campanhas publicitárias, porque implicam o crescendo dos riscos para a vida das

populações mais jovens”, afirmou, acrescentando que, «nos últimos anos, o número de mulheres internadas com problemas de alcoolismo triplicou», o que, a seu ver, é fruto das agressivas campanhas de promoção de bebidas alcoólicas nos media.»

Jornal Tempo Medicina, 30-06-2003 - “Dr. Fernando Negrão defende proibição da publicidade ao álcool”. Pg. Escrito por Luís Henriques Antunes.

«(...) Fernando Negrão fez ainda questão de criticar a falta de investimento no combate ao alcoolismo, uma doença que afeta perto de 700 mil portugueses.

“É inadmissível que o Estado não dote a alcoologia de mais meios”, atirou, antes de lembrar que os três centros de alcoologia existentes no país - Porto, Coimbra e Lisboa - têm limitações financeiras e mesmo físicas. Para já não falar, realçou, no facto de a zona Sul estar completamente “desguarnecida”, dado que “os centros de alcoologia não cobrem todo o país”. O responsável do IDT lembrou também que, a par dos 700 mil alcoólicos, há em Portugal um milhão de consumidores excessivos. (...)»

Jornal Público, 31-01-2004 – “Negrão defende proibição de venda de álcool a menores de 18 anos”. Pg. 29 Escrito por Sandra Silva Costa.

Mas as intervenções dos especialistas em alcoologia e responsáveis dos serviços de saúde não passaram apenas pela crítica. Encontram-se declarações que reforçam e apoiam as iniciativas veiculadas pelo Governo. No início de 2004, diante das declarações do Ministério da Saúde sobre a utilização dos centros de tratamento de toxicodependentes para atender alcoólicos, ampliando assim a constituição de uma Rede Alcoológica¹⁷², e apesar de discussões e posicionamentos diversos sobre a medida, a intervenção do diretor do CRAS no Jornal Público resume bem o assunto e reforça a necessidade de se atuar.

«(...) O diretor do Centro Regional de Alcoologia do Sul, Domingos Neto, que aplaude a proposta do Governo. “Há mais de 500 mil alcoólicos em Portugal e eles têm que ser atendidos em algum sítio. Os CAT têm tanto pessoal como os serviços de psiquiatria de todo o país, por isso, se eles não têm capacidade, mais ninguém tem”, afirma o médico. E embora reconheça que estas são duas problemáticas diferentes, realça que ambas consubstanciam comportamentos aditivos.

Domingos Neto admite que há em Portugal um défice de recursos nesta área, onde existem apenas três centros regionais de alcoologia, com menos de 80 camas, que realizam sete mil consultas por ano. “Mais de 90 por cento desta atividade passa-se no concelho de Lisboa e todos os concelhos deviam ter os mesmos meios. O que minimiza estas faltas é que há uma série instituições, como os serviços mentais dos hospitais, que também tratam estes doentes”, completa.»

Jornal Público, 20-02-2004 - “Especialistas divergem quanto ao atendimento dos alcoólicos nos centros de toxicodependência”. Pg. 31. Escrito por Mariana Oliveira

- 3º Período: XVI Governo Constitucional - PSD/CDS (17/07/2004 - 12/03/2005) e 4º Período: XVII Governo Constitucional - PS (12/03/2005 - 26/10/2009)

Nos anos que se seguiram não se identificou acontecimentos relevantes oriundos da Comunidade de Saúde ou das ONGs, que pareciam ter aceitado tacitamente a ausência de implementação do PACA.

Análise:

A Comunidade de Saúde e as ONGs não conseguiram desenvolver uma intervenção pró-ativa sistemática e consistente de *advocacy* em Portugal. A participação destes atores sociais ocorre de forma reativa quando as oportunidades ou situações de confronto com os fatos são criadas e quase sempre atuam no âmbito do seu envolvimento em situações e problemas específicos. As suas intervenções parecem não se refletir no poder político e na verdade não se identificou respostas públicas por parte destes ou alguma discussão

¹⁷² - Jornal Primeiro de Janeiro, 19-02-2004 - “Alcoolismo tratado nos CAT”. Pg. 01 e 14. /

- Jornal A Capital, 19-02-2004 – “Centros ‘antidroga’ vão atender alcoólicos” Pg. 01 e 14. Escrito por Luís Claro

que se desenvolvesse para além do contexto técnico-científico, mesmo quando divulgadas nos *media*.

Grande parte dos atores sociais da Comunidade de Saúde ou das ONGs encontra-se vinculada a serviços públicos ou desenvolve colaborações institucionais com os serviços do Estado, o que limita a sua atuação crítica continuada e o confronto de ideias.

3.2. A CONSTRUÇÃO DE MEDIDAS DE REGULAÇÃO E ALOCAÇÃO DO PACA (WITHINPUTS)

- 1º Período: XIV Governo Constitucional - PS (25/10/1999 - 6/04/2002)

O início dessa etapa do processo ocorre com a concretização de uma legislação, regulamentação, ação, serviço ou programa que estejam relacionados com uma ou mais das medidas do PACA. Estes se desenvolvem através de atividades complementares de regulação (criação ou alteração de legislação e normas e subsequentes práticas jurídico-legais e jurídico-administrativas) e de alocação de recursos e meios (materiais, humanos, logísticos ou financeiros e subsequente desenvolvimento e práticas de oferta e gestão de serviços, programas, atividades e produtos).

Após a aprovação do PACA os desenvolvimentos políticos e algumas circunstâncias afetaram durante um longo período ou definitivamente a possibilidade de implementação das medidas previstas. A consequência desse impasse e dos desvios provocados pela ação política e social dos atores envolvidos foi uma concretização parcial das medidas previstas inicialmente em apenas algumas das dimensões das políticas do álcool.

Alocação

Em relação a alocação de recursos e meios, não foram identificados novos investimentos, ou reforçados os existentes, para fazer face aos compromissos assumidos no PACA e à implementação de medidas em concreto. Muitos deles acompanhariam a legislação criada e são analisados em conjunto com essas, mas outros seriam independentes.

Legislação e regulamentação

As medidas do PACA efetivadas são tipicamente da esfera da regulação. A regulamentação das medidas do PACA era da responsabilidade dos Ministros envolvidos em cada assunto. Contudo, os diplomas produzidos foram fruto do trabalho de coordenação, negociação e finalização desenvolvido pela PCM do mesmo Governo que instituiu o PACA, com maior ou menor participação dos ministérios na elaboração dos diplomas legais. O conjunto da legislação que foi criado então não abrangeu todas as medidas e políticas que necessitariam de regulamentação. Os Governos que se seguiram, apesar de em alguns momentos manifestarem vontade política de intervir nesta área, também não concretizaram mais nenhuma regulamentação do PACA, nem reviram a que foi criada. Assim, grande parte do PACA se tornou à partida um conjunto de medidas que não foi aplicado, implementado ou desenvolvido nas suas políticas estruturantes e nas suas políticas públicas.

A qualidade da legislação pode ser avaliada através de alguns critérios verificáveis e da importância destes no contexto da sua criação e da sua aplicação. A eficácia da legislação em Saúde Pública pode estar relacionada a potenciais falhas e fraquezas presentes, como: possuir falta de compromisso político, não identificar de um órgão administrativo responsável pela implementação, supervisão e fiscalização, possuir disposições legais equivocadas, pouco claras ou inexecutáveis, produzir um défice na aceitação, interpretação ou compreensão social, não prever fontes de financiamento, recursos ou meios adequados e necessários para a sua aplicação e ser propensa a litígio judicial (Cunha Filho *et al.*, 2010; Burris *et al.*, 2001).

No caso do PACA, os referentes diplomas legais foram criados principalmente entre o final de 2001 e meados de 2002 (exceção do que reorganiza os CRAs e cria a RAN, aprovado simultaneamente ao PACA). Nenhuma outra regulamentação ocorreu associada ao PACA durante o tempo de vida útil do plano. A seguir, a legislação e políticas públicas referentes são listadas (ver Tabela 18) e analisadas no seu articulado, objetividade, adequação e exequibilidade em consonância com as medidas no PACA.

Tabela 18 – Legislação criada no âmbito do PACA e políticas públicas a que dizem respeito.	
Legislação criada	Categoria de Política Pública ^{1/3}
1. Decreto-Lei 318/2000, de 14 de Dezembro (Portugal, 2000 ^b), reorganiza e reestrutura os centros regionais de alcoologia, criados pelo Decreto Regulamentar n.º 41/88, de 21 de Novembro, e regulados até então pelo Decreto-Lei n.º 269/95, de 19 de Outubro, que entretanto é revogado pela entrada em vigor deste diploma;	“Intervenções no consumo de risco e nocivo de álcool e dependência de álcool”.
2. Decreto-Lei n.º 332/2001, de 24 de Dezembro, (Portugal, 2001), altera o Código da Publicidade, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 330/90 de 23 de Outubro;	“Regulação do <i>marketing</i> e da promoção do álcool”.
3. Decreto-Lei n.º 9/2002, de 24 de Janeiro (Portugal, 2002), estabelece restrições à venda e consumo de bebidas alcoólicas e altera os Decretos-Lei n.º 122/79, de 8 de Maio, n.º 25/86 de 25 de Agosto, n.º 168/97, de 4 de Julho e n.º 370/90, de 18 de Setembro;	“Regulação do acesso físico ao álcool” (que inclui as restrições à disponibilidade de álcool e a venda a menores).
4. Portaria n.º 390/2002, de 11 de Abril (Portugal, 2002 ^a), regulamenta as prescrições mínimas em matéria de consumo, disponibilização e venda de bebidas alcoólicas nos locais de trabalho da Administração Pública.	“Modificação de contextos de consumo de álcool” (inclui a redução de danos no consumo de álcool e nos ambientes envolventes).

- 2º Período: XV Governo Constitucional - PSD/CDS (6/04/2002 - 17/07/2004)

Alocação

Em relação a alocação de recursos e meios, não foram identificados investimentos, ou reforçados os meios existentes, para fazer face aos compromissos assumidos no PACA. Do ponto de vista organizacional e operacional da intervenção, Portugal tinha como entidade catalisadora de toda esta dinâmica os três CRAs e a DGS.

O fim do PACA em 2006 foi tacitamente definido através uma reestruturação da Administração Central que afetou os três CRAs (e posteriormente as políticas do álcool) ao IDT, I.P. - Instituto da Droga e da Toxicodependência, integrado no Ministério da Saúde, transferindo suas atribuições, orçamentos e meios para este instituto.

Legislação e regulamentação

Não foi criada ou alterada legislação durante este período de implementação do PACA.

3.2.1. Análise da Legislação criada

- **(1) Decreto-Lei 318/2000 de 14 de Dezembro (reorganiza e reestrutura os Centros Regionais de Alcoologia e adequa a sua missão e inserção no SNS, complementando-os com unidades funcionais nos serviços locais de saúde mental, constituindo no seu conjunto uma rede alcoológica.)**

A legislação aborda a reestruturação interna e o papel dos CRAs, redefinindo a forma como se articulam com os Serviços de Saúde Mental e integram a Rede de Referência Hospitalar da Saúde Mental para, concertadamente, apoiarem os Centros

¹⁷³ As políticas públicas no âmbito da condução sob o efeito do álcool, da educação e persuasão (inclui a educação, comunicação, formação e consciencialização pública e a embalagem e rotulagem de produtos com álcool) e de preços e taxas com vista a reduzir os danos não foram abrangidas por legislação.

de Saúde, criando assim uma Rede Alcoológica Nacional (RAN). Paralelamente, o diploma também redefine a constituição do Conselho Técnico de Alcoologia, que passa a ter elementos externos aos CRAs e a DGS, com vista a uma maior articulação e melhor coordenação. A legislação reflete as medidas que se encontram na grande categoria “Intervenções no consumo de risco e nocivo de álcool e dependência de álcool”. O diploma possui os seguintes articulados referentes especificamente às medidas previstas no PACA e a sua implementação:

«Artigo 1.º - Designação

Os Centros Regionais de Alcoologia de Coimbra, Lisboa e Porto passam a designar-se por Centros Regionais de Alcoologia do Centro, Sul e Norte, respetivamente, podendo ser complementados pela designação de um patrono, nos termos da regulamentação específica, considerando-se automaticamente referido à nova designação tudo o que na lei vigente disser respeito àqueles Centros.

Artigo 2.º - Natureza e missão

1 — Os centros regionais de alcoologia, adiante designados por centros, são pessoas coletivas públicas, dotadas de autonomia técnica, administrativa e financeira e património próprio, sob superintendência e tutela do Ministro da Saúde, que têm como missão principal desenvolver metodologias de abordagem à prevenção, tratamento e reabilitação, em particular na vertente da dependência e da compulsão ao consumo de bebidas com teor alcoólico.

2 — É ainda missão dos centros apoiar a atividade de unidades funcionais de intervenção alcoológica dos serviços locais de saúde mental.

3 — Os centros integram-se na estrutura do Serviço Nacional de Saúde, no âmbito dos serviços regionais de saúde mental, nos termos dos n.ºs 1 e 2 do artigo 7.º do Decreto-Lei n.º 35/99, de 5 de Fevereiro, e exercem a sua atividade em correspondência com as regiões de saúde nos seguintes termos:

- a) O Centro Regional de Alcoologia do Centro, com sede em Coimbra, e referência à Região de Saúde do Centro;*
- b) O Centro Regional de Alcoologia do Norte, com sede no Porto, e referência à Região de Saúde do Norte;*
- c) O Centro Regional de Alcoologia do Sul, com sede em Lisboa, e referência às Regiões de Saúde do Alentejo, do Algarve e de Lisboa e Vale do Tejo.*

4 — A coordenação, orientação e avaliação dos centros competem às administrações regionais de saúde da região onde estão sediados, nos termos do respetivo estatuto, sem prejuízo da necessária articulação entre as administrações regionais de saúde de referência do Centro Regional de Alcoologia do Sul e salvo o disposto no artigo 4.º

5 — Os centros articulam-se, na área técnico-científica, com a Direcção-Geral da Saúde e, funcionalmente, com os vários serviços locais de saúde mental onde se constituam unidades funcionais de intervenção em alcoologia integrantes da rede de cuidados comunitários.

Artigo 3.º - Atribuições

1 — São atribuições dos centros, em articulação com os serviços locais de saúde mental:

- a) Promover a articulação dos vários tipos de intervenção no âmbito da alcoologia; promover e coordenar ações de formação, em particular junto dos agentes de saúde e de educação, no âmbito da promoção e educação para a saúde, prevenção, tratamento e reabilitação;*
- b) Promover e colaborar na realização de estudos epidemiológicos, por si ou em colaboração com outras entidades públicas ou privadas;*
- c) Apoiar as organizações não-governamentais vocacionadas para intervenção no sector, em particular a nível de grupos de autoajuda de utentes e familiares;*
- d) Desenvolver metodologias para a prevenção, tratamento e reabilitação, sobretudo na vertente da dependência e da compulsão ao consumo;*
- e) Promover e apoiar a investigação biopsicossocial na área da alcoologia;*
- f) Apoiar a atividade das unidades funcionais de intervenção alcoológica dos serviços locais de saúde.*

2 — São ainda atribuições dos centros:

- a) Desenvolver projetos e programas de prevenção, tratamento e reabilitação no âmbito da alcoologia, por si e em cooperação com entidades públicas ou em colaboração com entidades privadas;*
- b) Colaborar na garantia de continuidade do tratamento dos doentes do foro alcoológico;*

- c) Promover ações de educação e de promoção para a saúde no âmbito da alcoologia;*
- d) Coordenar, no âmbito da sua área de intervenção, as atividades de combate ao alcoolismo;*
- e) Colaborar na investigação e na formação pré e pós-graduada;*
- f) Facultar apoio técnico a entidades públicas e privadas;*
- g) Cooperar com entidades europeias ou internacionais.*

Artigo 4.º - Superintendência e tutela

1 — Compete ao Ministro da Saúde o exercício dos poderes genéricos de superintendência e tutela e em especial:

- a) Definir a estratégia e a atuação dos centros;*
- b) Definir as diretrizes a que devem obedecer os planos e os programas de ação;*
- c) Controlar o funcionamento dos centros e avaliar os resultados obtidos, exigindo as informações e documentos julgados úteis para esses efeitos;*
- d) Autorizar, nos termos da lei e nos limites da sua competência, a aquisição ou alienação de imóveis e a realização de empréstimos;*
- e) Aprovar os planos de administração anuais e plurianuais, acompanhar a sua execução e avaliar os seus resultados;*
- f) Ordenar inspeções e inquéritos ao funcionamento dos centros.*

2 — As competências referidas nas alíneas a) e b) do número anterior podem ser delegadas no diretor-geral da Saúde e as referidas nas alíneas c) e e) podem ser delegadas nos conselhos de administração das administrações regionais de saúde.

(...)

Artigo 11.º - Conselho técnico

1 — O conselho técnico é o órgão comum dos centros, de coordenação nacional das intervenções em saúde no âmbito da alcoologia.

2 — Compete em especial ao conselho técnico:

- a) Avaliar o desenvolvimento da rede de cuidados de saúde em alcoologia em particular no âmbito da formação, da prevenção, do tratamento e da reabilitação;*
- b) Acompanhar a análise dos elementos epidemiológicos relacionados com o consumo de bebidas alcoólicas.*

3 — Compõem o conselho técnico:

- a) Três dirigentes da Direcção-Geral da Saúde com responsabilidade nas áreas de psiquiatria e saúde mental, de promoção e proteção da saúde e de informação e análise;*
- b) Os diretores dos centros;*
- c) Um representante do Instituto Português das Drogas e da Toxicodependência (IPDT);*
- d) Um representante do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (INSA);*
- e) Um representante do Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicodependência (SPTT).*

4 — O conselho técnico é presidido por dirigente da Direcção-Geral da Saúde, indicado pelo diretor-geral, e reúne ordinariamente de três em três meses e extraordinariamente sempre que for convocado pelo seu presidente.»

Aparentemente foi contemplada na legislação a medida descrita no PACA para a categoria¹⁷⁴. Em termos gerais essa categoria de política pública possuía a altura evidências científicas comprovadas de efetividade e recomendações internacionais para

¹⁷⁴ Intervenções precoces e tratamento (inclui as intervenções no consumo de risco e nocivo de álcool e dependência de álcool e as intervenções e assistência aos familiares de pessoas com dependência de álcool) - Medidas contempladas no PACA:

- Criar uma rede alcoológica nacional, tendo por base os centros regionais de alcoologia (com função coordenadora) e os serviços locais de saúde mental, com as respetivas articulações às unidades de cuidados de saúde primários e aos hospitais gerais.

a sua aplicação que incluíam, o desenvolvimento de intervenções breves nos CSP e tratamento especializado na comunidade.

Estes aspetos seriam possíveis de executar a partir da conceção da RAN, por um lado através da articulação com os Centros de Saúde para a identificação e gestão dos casos, e por outro pelo reforço dos CRAs através de serviços locais de saúde mental.

A Reestruturação dos CRAs

A reestruturação dos CRAs para que possa dar uma melhor resposta aos PLA e cumprir a sua missão e atribuições, internamente e na sua interligação com demais serviço de saúde é fundamental, mas a sua utilidade se faz com a definição da RAN (serviços existentes e a criar, as formas de articulação, nível de assistência à população, etc...) e necessita ser acompanhada de melhores recursos financeiros e meios que não se encontram previstos pela tutela.

Apesar da legislação que reestruturou os CRAs no contexto de existência de uma RAN ter sido criada em 2000, nos anos que se seguiram pouco havia mudado na prática. A constituição da RAN e respetivos apoios financeiros não foi aprovada por inércia da tutela, nem de forma autónoma nem inserida na Rede de Referenciação de Saúde Mental, e questões burocráticas de planeamento e organização dos serviços estiveram em parte na origem dos atrasos, afetando gravemente a adequada prestação de cuidados em alcoologia.

O Conselho Técnico de Alcoologia

O Decreto-Lei 318/2000 de 14 de Dezembro de 2000, que reestruturava os CRAs, criava também uma nova estrutura para o Conselho Técnico de Alcoologia.

Todavia, em 2002 este Conselho Técnico não estava constituído e na prática o seu funcionamento tornou-se inviável. Assim a DGS propôs à tutela do novo Governo da altura (PSD), entre Novembro de 2002 e Março de 2003, o retorno ao modelo anterior onde a sua constituição era feita pelos 3 diretores dos CRAs e por um dirigente da DGS responsável pelo DSPSM, que a verdade continuava a funcionar informalmente para coordenar o trabalho dos 3 CRAs. Em 2004, esse pedido voltou a ser reforçado junto do MS¹⁷⁵. Todas as iniciativas ficaram na prática sem resposta. O conselho Técnico nunca foi constituído nos novos moldes definidos na legislação, nem em moldes mais funcionais propostos a seguir, impedindo uma coordenação mais transparente, objetiva e responsável dos CRAs e dos serviços que comporiam a RAN. Na sua ausência, as responsabilidades foram assumidas informalmente pela DSPSM da DGS em conjunto com a direção dos CRAs.

À partida a legislação em causa reflete apenas uma conceção do sistema, que carece de maiores intervenções da governação da Saúde para implementação e funcionamento dos cuidados de saúde envolvidos. Sem tal, não produz efeitos e benefícios para a concretização das medidas defendidas no PACA.

- **(2) O Decreto-Lei n.º 332/2001, de 24 de Dezembro (Alteração ao Código da Publicidade)**

A legislação aborda as restrições à Publicidade altera o Código da Publicidade introduzindo proibições a publicidade ao álcool. A legislação reflete as medidas que se encontram na grande categoria “Regulação do *marketing* e da promoção do álcool” das dimensões de políticas públicas. O diploma possui os seguintes articulados referentes especificamente às medidas previstas no PACA e a sua implementação:

¹⁷⁵ Documentos de Arquivo da DGS: - 20030326_20040419_17 pareceres conselho tecnico alcoologia

«Artigo 1.º - Alteração ao Código da Publicidade

Os artigos 17.º e 39.º do Decreto-Lei n.º 330/90, de 23 de Outubro, alterado pelos Decretos-Leis (...), passam a ter a seguinte redação:

«Artigo 17.º

[...]

1— ...

2 — É proibida a publicidade a bebidas alcoólicas, na televisão e na rádio, entre as 7 horas e as 22 horas e 30 minutos.

3— ...

4 — Sem prejuízo do disposto na alínea a) do nº 2 do artigo 7º, é proibido associar a publicidade de bebidas alcoólicas aos símbolos nacionais, consagrados no artigo 11º da Constituição da República Portuguesa.

5 — As comunicações comerciais e a publicidade de quaisquer eventos em que participem menores, designadamente atividades desportivas, culturais, recreativas ou outras, não devem exibir ou fazer qualquer menção, implícita ou explícita, a marca ou marcas de bebidas alcoólicas.

6 — Nos locais onde decorram os eventos referidos no número anterior não podem ser exibidas ou de alguma forma publicitadas marcas de bebidas alcoólicas.

Artigo 39.º

[...]

1—....

2— ...

3— ...

4 — Sem prejuízo do disposto no número seguinte, as receitas das coimas revertem:

- a) Em 20 % para a entidade autuante;
- b) Em 20 % para o Instituto do Consumidor;
- c) Em 60 % para o Estado.

5 — As receitas das coimas aplicadas por infração ao disposto no artigo 17.º revertem:

- a) Em 20 % para a entidade autuante;
- b) Em 20 % para o Instituto do Consumidor;
- c) Em 60 % para um fundo destinado a financiar campanhas de promoção e educação para a saúde e o desenvolvimento de medidas de investigação, prevenção, tratamento e reabilitação dos problemas relacionados com o álcool.»

Artigo 2.º - Disposição transitória

O disposto no presente diploma não prejudica a validade e eficácia dos contratos já celebrados à data da publicação do presente diploma e em execução à data da sua entrada em vigor.

Artigo 3.º - Entrada em vigor

O presente diploma entra em vigor no dia 1 de Janeiro de 2002. (...)»

Aparentemente foram abordadas na legislação as 5 medidas descritas no PACA para a categoria¹⁷⁶. Em termos gerais essa categoria de política pública não possuía a altura

¹⁷⁶ Regulação do *marketing* e da promoção do álcool (inclui publicidade, promoção e patrocínio) - Medidas contempladas no PACA:

- Alargar a proibição de publicidade na televisão e na rádio a quaisquer bebidas alcoólicas até as 22h30m (horário de proibição: das 7h00m as 22h30m).
- Proibir o patrocínio por marcas de bebidas alcoólicas de quaisquer atividades desportivas, culturais e recreativas, dirigidas a menores.
- Proibir a associação de símbolos nacionais à publicidade de bebidas alcoólicas.
- Proibir o patrocínio de seleções nacionais por marcas de bebidas alcoólicas.
- Sensibilizar as associações de produtores, industriais e comerciantes de bebidas alcoólicas para a elaboração de um código de conduta de autorregulação.

evidências científicas comprovadas e efetividade pelo que não existiam recomendações internacionais para a sua aplicação. Todavia, as proibições e restrições à publicidade, promoção e patrocínio eram já recomendadas e aplicadas em áreas correlatas como a do tabaco e já existiam algumas restrições na área das bebidas alcoólicas.

Como já referido a restrição à publicidade na legislação é limitada e apenas ampliou um período de proibição em rádio e televisão, tentando evitar a exposição dos jovens aos conteúdos comerciais sobre álcool, não protegendo eficazmente os jovens. Outras formas de promoção dissimulada de bebidas alcoólicas continuam a poder ser veiculadas através de programas que divulgam a cultura vinícola, que falam sobre marketing e publicidade, assim como na emissão de shows, eventos e atividades culturais e desportivas contendo essa publicidade e mesmo através de mensagens subliminares de consumo durante programação diversificada em qualquer horário.

Noutro aspeto, as questões ligadas à imagem e aos símbolos de Portugal justificam uma medida restritiva por si só. A inclusão das atividades ligadas direta e indiretamente aos símbolos nacionais, como seleções nacionais ou representações nacionais, neste nº 4 do artigo 17º, fica apenas subentendida, apesar de ser um dos seus principais objetivos.

Uma pequena alteração no texto do nº 5 do artigo 17º distorce o objetivo da medida inicial no que respeita a publicidade a bebidas alcoólicas em eventos e os jovens. A medida do PACA pretendia proibir o patrocínio por marcas de bebidas alcoólicas de quaisquer atividades desportivas, culturais e recreativas “dirigidas a menores”, enquanto a legislação o faz em relação às atividades “em que participem menores”, transformando o agente passivo a quem é dirigida a atividade em agente ativo desta. Esta alteração permitiu que inúmeros eventos em que o público-alvo inclui jovens e menores de idade continuassem a publicitar e a ser patrocinados por marcas de bebidas alcoólicas.

Num artigo do Jornal Público de 2007¹⁷⁷, juristas discutem o assunto e as dúvidas sobre a leitura da lei, deixando clara a ideia que a legislação é deficiente e pouco específica para permitir uma implementação mais forte das restrições sem causar problemas jurídicos.

«(...) Saber se o facto de marcas de cervejas serem patrocinadoras de seleções nacionais ou de competições desportivas respeita a atual legislação é algo que devia ser mais claro, defende José Manuel Meirim, especialista em Direito do Desporto.

"Lendo o Código da Publicidade, concluímos que as normas estão construídas de tal forma que permitem legítimas dúvidas num e noutro sentido. Só haveria uma maneira de clarificar a situação, que era mudar a lei e adotar uma formulação clara", diz o jurista, considerando que as "normas foram feitas de forma dolosamente nebulosa, porque permitem uma certa maleabilidade". Tudo porque, argumenta Meirim, não há "vontade" de ter uma formulação clara, pois há "um estado de necessidade" de patrocínios.

Opinião diferente tem o jurista Alexandre Mestre. Para este especialista em Direito Comunitário e do Desporto, a atual lei não deixa dúvidas e permite os patrocínios de bebidas alcoólicas a eventos desportivos: "O Código da Publicidade, no seu artigo 17.º, n.º 5, apenas proíbe comunicações comerciais e publicidade a eventos ou atividades desportivas quando nestes participem menores, ou seja, a proibição não se aplica a competições desportivas a que assistam menores mas sim cujos praticantes desportivos sejam menores." O mesmo raciocínio aplica-se ao n.º 6 do artigo 17.º - diz que nos locais onde decorram atividades desportivas em que participem menores "não podem ser exibidas ou de alguma forma publicitadas marcas de bebidas alcoólicas". (...)

Pelo contrário, Paulo Fonseca, jurista da Deco - Associação de Defesa do Consumidor, vê esta situação como "questionável". Outra questão é o facto de a publicidade a bebidas alcoólicas na televisão estar proibida entre as 7h e as 22h30. Havendo equipas, como o Liverpool, patrocinadas por cervejas e sendo comum haver nos estádios anúncios a álcool, como na recente final da Taça de Portugal de futebol, se um jogo for transmitido entre as 7h e as 22h30 há alguma violação? Paulo Fonseca diz que é "questionável", porque os "cartazes são meios análogos de publicidade". Alexandre Mestre diz que não: "A transmissão televisiva de um jogo de futebol não parece caber no conceito de publicidade, tal como definido pelo artigo 3.º do Código da Publicidade. Na verdade, o seu objetivo direto ou indireto não é promover a comercialização de determinados bens ou serviços, designadamente bebidas alcoólicas, mas sim difundir

¹⁷⁷ Jornal Público, 23/07/2007. "Especialistas contra publicidade a bebidas alcoólicas no desporto". Págs. 1, 32, 33. Escrito por Filipe Escobar de Lima.

um evento."

O jurista alerta, porém, que na transmissão de um jogo de futebol, ou até numa reportagem difundida num telejornal, se houver "focagem direta e exclusiva da publicidade" "haverá violação", por se tratar de "publicidade oculta ou dissimulada".»

Um aspeto nunca referido diz respeito ao conceito de “menores” incluído nessa legislação que corresponde logicamente a maioria legal (18 anos - que seria também a idade mínima para a venda de álcool prevista no PACA). Todavia, a idade mínima para a venda de álcool adotada pela legislação vigente é 16 anos, pelo que se estaria a restringir a publicidade com vista a proteção de indivíduos que já são consumidores legais.

Por fim, a norma transitória criada para proteger os contratos já existentes à data (em vigor ou formalmente previstos) permitiu que esta legislação não fosse cumprida nos anos seguintes, nomeadamente a nível da associação de marcas de bebidas alcoólicas a símbolos nacionais (como no caso da seleção nacional de futebol) e alguns outros grandes eventos que possuíam contratos de longo prazo e com renovações previstas.

Nos anos que se seguiram a aprovação da legislação, e diante de inúmeras situações de controversa desobediência a legislação e denúncias públicas, não houve nenhuma ação clarificadora do legislador ou do Governo, nem ação de fiscalização mais enérgica das autoridades competentes sobre o cumprimento da legislação.

O diploma legal também previa o destino de parte das receitas oriundas das coimas previstas para um “fundo” que financiaria atividade ligadas às políticas do álcool preventivas, curativas e de investigação, fazendo referência à categoria “Financiamento das Políticas do Álcool e das Intervenções em Saúde” cumprindo em parte uma das medidas descritas no PACA¹⁷⁸. Todavia não há conhecimento que algum fundo tenha sido criado neste sentido ou que receitas daqui advindas tenham sido destinadas à Saúde neste período ou posterior. De qualquer forma também não se tem notícia de coimas que tenham sido aplicadas em função destas restrições à publicidade.

Pode-se verificar que a legislação produzida é fraca, deficientemente, com desvios na sua interpretação da sua aplicação e fiscalização. Consequentemente, não apresenta condições plenas para produzir os efeitos desejados e defendidos no PACA.

- **(3) Decreto-Lei n.º 9/2002, de 24 de Janeiro, regime jurídico de disponibilização, venda e consumo de bebidas alcoólicas em locais públicos e em locais abertos ao público.**

A legislação aborda as restrições a venda e consumo de bebidas alcoólicas e reflete as medidas que se encontram nas grandes categorias “Regulação do acesso físico ao álcool” (que inclui as restrições à disponibilidade de álcool e a venda a menores) e “Modificação de contextos de consumo de álcool” (inclui a redução de danos no consumo de álcool e nos ambientes envolventes) das dimensões de políticas públicas. O diploma possui os seguintes articulados referentes especificamente às medidas previstas no PACA e a sua implementação:

«Artigo 2.º - Restrições à venda e ao consumo de bebidas alcoólicas

1 - É proibido vender ou, com objetivos comerciais, colocar à disposição bebidas alcoólicas em locais públicos e em locais abertos ao público:

- a) A menores de 16 anos;*
- b) A quem se apresente notoriamente embriagado ou aparente possuir anomalia psíquica.*

2 - É proibido às pessoas referidas nas alíneas a) e b) do número anterior consumir bebidas alcoólicas em

¹⁷⁸ Financiamento das Políticas do Álcool e das Intervenções em Saúde - Medida contempladas no PACA:

- Afetar as receitas das coimas aplicáveis as infrações à publicidade e à venda de bebidas alcoólicas à área da Saúde relacionada com os Problemas Ligados ao Álcool

locais públicos e em locais abertos ao público.

3 - É ainda proibida a venda e o consumo de bebidas alcoólicas:

- a) Nas cantinas, bares e outros estabelecimentos de restauração e de bebidas acessíveis ao público localizados nos estabelecimentos de saúde;*
- b) Em máquinas automáticas.*

4 - A violação do disposto na alínea b) do n.º 3 acarreta responsabilidade solidária entre o proprietário do equipamento e o titular do espaço onde aquele se encontra instalado.

Artigo 3.º - Afixação de avisos

1 - A proibição referida nos n.ºs 1 e 3 do artigo anterior deve constar de aviso afixado de forma visível nos locais públicos e abertos ao público onde se venda e ou se possa consumir bebidas alcoólicas.

2 - Nos estabelecimentos comerciais de autosserviço, independentemente das suas dimensões, devem ser delimitados e explicitamente assinalados os espaços de exposição de bebidas alcoólicas e de bebidas não alcoólicas.

3 - As mensagens referidas nos n.ºs 1 e 2 devem ser obrigatoriamente:

- a) Impressas;*
- b) Escritas em caracteres facilmente legíveis e sobre fundo contrastante.*

Artigo 4.º - Venda e consumo de bebidas alcoólicas nos locais da Administração Pública

1 - Sem prejuízo do disposto na alínea a) do n.º 3 do artigo 2.º, a venda, a disponibilização e o consumo de bebidas alcoólicas no local de trabalho, refeitórios, bares, cafetarias e locais similares dos serviços e organismos da administração central e local, incluindo institutos públicos nas modalidades de serviços personalizados do Estado e de fundos públicos, e ainda dos serviços e organismos que estejam na dependência orgânica e funcional da Presidência da República, da Assembleia da República e das instituições judiciais é regulado por portaria conjunta dos Ministros da Saúde, do Ambiente e do Ordenamento do Território e da Reforma do Estado e da Administração Pública.

2 - O disposto no número anterior, quando aplicado a serviços e organismos existentes nas Regiões Autónomas, é definido por diploma próprio.

(...)

Artigo 7.º - Contra-ordenações

1 - A violação do disposto nos n.ºs 1 e 3 do artigo 2.º constitui contra-ordenação punível com as seguintes coimas:

(...)

4 - O produto das coimas reverte em:

- a) 60% para o Estado;*
- b) 20% para a Comissão de Aplicação de Coimas em Matéria Económica;*
- c) 10% para a entidade fiscalizadora;*
- d) 10% para a entidade que instrui o processo.*

(...)

Artigo 8.º - Sanções acessórias

Em função da gravidade e da reiteração das infrações previstas no n.º 1 do artigo anterior podem ser aplicadas, simultaneamente com a coima, as seguintes sanções acessórias:

- a) Perda do produto da venda através da qual praticou a infração;*
- b) Interdição, até um período de dois anos, do exercício de atividade diretamente relacionada com a infração praticada. (...)*

Conteúdo dos Artigos 9.º a 14.º

Alteram outros diplomas legais com vista a restringir o exercício da atividade de comércio a retalho, estabelecimentos de bebidas e de restauração junto de estabelecimentos escolares dos ensinos básico e secundário, sempre que a respetiva atividade se relacione com a venda de bebidas alcoólicas.

As áreas relativas à proibição são delimitadas, caso a caso, pelos municípios, em colaboração com a direção regional de educação.

Essas restrições não se aplicam aos estabelecimentos já instalados e aos pedidos de instalação apresentados junto da câmara municipal competente à data de entrada em vigor do presente diploma.

Aparentemente foram contempladas na legislação, de forma variável e nem sempre eficaz, as medidas descritas no PACA para a categoria “Regulação do acesso físico ao álcool” e algumas das descritas no PACA para a categoria “Modificação de contextos de consumo de álcool”¹⁷⁹.

Em termos gerais, essas categorias de políticas públicas possuíam a altura evidências científicas comprovadas de efetividade e recomendações internacionais para a sua aplicação que incluíam, para a primeira categoria, a definição de idade mínima legal para compra e restrições à densidade de pontos de venda, onde as referências a zonas geográficas com densidade excessivas de oferta e áreas sensíveis eram enfatizadas, e para a segunda categoria o treino do pessoal que serve sobre dispensa de álcool.

A alteração mais marcante do diploma em relação às medidas previstas no PACA foi o fato de definir a idade mínima para a venda e consumo público em 16 anos (ao invés dos 18 anos originais do PACA). Este desvio do previsto já havia sido veiculado durante a preparação da legislação pelo Governo em 2001 referindo uma proibição seletiva para menores de 16 anos no caso da cerveja e do vinho e de 18 anos no caso das bebidas espirituosas, o que recebeu críticas da comunidade técnica e foi identificado pela comunicação social como um recuo de posição e uma cedência aos interesses. A concretização da opção mais permissiva possível no enquadramento apresentado criou mais uma situação problemática para a imagem do Governo.

Outras medidas previstas no PACA foram cumpridas. Foi proibida a venda e consumo público para pessoas notoriamente embriagadas ou com perturbação mental e foi obrigada a afixação da proibição de venda nos estabelecimentos. Foi proibida a disponibilização de bebidas alcoólicas através de mecanismos de venda automática. Foi prevista a maior responsabilização dos vendedores em termos de coimas e penas acessórias.

Foi proibida a venda, a disponibilização e consumo de álcool nos estabelecimentos de saúde, em conformidade com o previsto no PACA.

Nos locais de trabalho da Administração Pública, o diploma prevê uma regulação da venda, disponibilização e consumo de álcool (prevista no PACA), remetendo o assunto para uma Portaria a ser elaboração posteriormente (apresentada a seguir).

¹⁷⁹ “Regulação do acesso físico ao álcool” (que inclui as restrições à disponibilidade de álcool e a venda a menores) - Medidas contempladas no PACA:

- Proibir a instalação de novos estabelecimentos ou quaisquer estruturas ambulantes destinadas à venda de bebidas alcoólicas em torno dos estabelecimentos escolares ou outros dirigidos a crianças e jovens.
- Proibir a venda e disponibilização nos locais de trabalho da Administração Pública de quaisquer bebidas alcoólicas (exceto as fermentadas às refeições).
- Proibir a venda e disponibilização de bebidas alcoólicas nos estabelecimentos de restauração e bebidas acessíveis ao público, localizados nos estabelecimentos de saúde.
- Proibir a venda e consumo de bebidas alcoólicas a menores de 18 anos.
- Reforçar as medidas de fiscalização sobre a venda e consumo em estabelecimentos de restauração, de bebidas e outros mais frequentados por menores de 18 anos.

“Modificação de contextos de consumo de álcool” (inclui a redução de danos no consumo de álcool e nos ambientes envolventes) - Medidas contempladas no PACA:

- Proibir a venda e consumo de bebidas alcoólicas a adultos notoriamente embriagados ou com perturbação mental.
- Interditar a venda e consumo de bebidas alcoólicas nas áreas de serviço das autoestradas das 20h00m às 6h00m.
- Responsabilizar os vendedores e criar ilícito de mera ordenação social, com coimas de valor crescente para os ilícitos e reincidências e penas acessórias de cassação do alvará ou licença de utilização.
- Obrigar à afixação da proibição de venda, de modo bem visível, em todos os locais de venda de bebidas.
- Obrigar à diferenciação explícita dos locais de exposição das bebidas alcoólicas e não alcoólicas nos estabelecimentos comerciais de autosserviço.
- Proibir a disponibilização de bebidas alcoólicas através de mecanismos de venda automática.
- Incluir nos currículos de formação dos profissionais de hotelaria sobre relacionamento com clientes intoxicados, bem como os modos de intervenção na sua prevenção.

A proibição da atividade de venda e disponibilização de bebidas alcoólicas nos estabelecimentos ou outras estruturas junto de escolas (prevista no PACA), foi abordada no diploma, mas apresenta falta de condições para a sua aplicação, ficando mesmo comprometida na sua efetividade, devido a vários fatores. Primeiro, a indefinição do espaço limítrofe às escolas, que fica a cargo de uma iniciativa e avaliação discricionária do município responsável (ainda em conjugação com os responsáveis da direção regional de educação). Segundo, a maior parte das localidades (principalmente de pequena e média dimensão) têm dificuldades de impor os limites territoriais adequados pelo fato de existirem inúmeras outras estruturas que possuem ou são servidos por estabelecimentos de venda de bebidas alcoólicas, como rodoviárias, postos de combustíveis, centros comerciais, etc. por fim, os referidos estabelecimentos já existentes à data ficaram isentos a todo o tempo da restrição, e tendo em conta que esses espaços quase sempre existem, ficou criada uma oferta territorial protegida e diferenciada, com desigualdade de tratamento entre agentes comerciais.

O reforço da fiscalização foi parcialmente previsto na intenção de fixar avisos das proibições nos estabelecimentos e na definição de coimas mais graves às infrações. Todavia o reforço da fiscalização implica criar condições objetivas e obrigatórias de observância das condições estabelecidas na lei, bem como destinar meios e recursos às entidades responsáveis pela verificação do seu cumprimento; situações não previstas pela legislação.

De forma diversa de outro diploma legal relativo à publicidade, este não destina parte das receitas oriundas das coimas previstas para as atividades relacionadas com os PLA, como estava previsto numa das medidas descritas no PACA na vertente “III- Legislação e Fiscalização” na alínea “5 - Em matéria fiscal e financeira”.

A legislação produzida é objetiva o bastante para permitir a sua aplicação em muitos dos seus aspetos e a sua concretização efetiva em outros. Apesar de terem sido feitas conceções aos princípios relativos a idade mínima de consumo, importa verificar o seu cumprimento como objetivo da prática legislativa. Todavia algumas questões ligadas a exequibilidade da fiscalização, nomeadamente em relação às proibições de consumo e às limitações dos postos de venda põem em risco sua efetividade.

- **(4) Portaria n.º 390/2002, de 11 de Abril**

O diploma legal regulamenta as prescrições mínimas de segurança e saúde em matéria de consumo, disponibilização e venda de bebidas alcoólicas nos locais de trabalho da administração pública central e local. É uma extensão e aparece na continuidade de legislação anterior (Decreto-Lei n.º 9/2002, de 24 de Janeiro). A legislação reflete as medidas que se encontram na categoria “Regulação do acesso físico ao álcool” (que inclui as restrições à disponibilidade de álcool e a venda a menores).

Este diploma possui os seguintes articulados referentes especificamente às medidas previstas no PACA e a sua implementação:

(...)

Artigo 4º - Princípios

1 — Os problemas ligados ao álcool nos locais de trabalho da Administração Pública devem ser objeto de uma política global de prevenção e reabilitação, participada e periodicamente avaliada, a definir pelos dirigentes máximos dos respetivos serviços ou organismos, tendo em vista prevenir acidentes e preservar a saúde dos trabalhadores, qualquer que seja o seu título de vinculação.

2 — O consumo, a disponibilização e a venda de bebidas alcoólicas, bem como qualquer forma de publicidade, direta ou indireta, ao álcool, são interditos nos locais de trabalho da Administração Pública, salvo o disposto no artigo seguinte.

3 — O disposto nos números anteriores deve, ainda, ser assegurado pela forma mais adequada:

a) Na contratação pública de fornecimento de refeições;

b) Nos espaços de utilização comum dos trabalhadores e dos utentes dos serviços públicos, em especial

nas escolas, nos estabelecimentos de saúde e nas instalações destinadas ao atendimento;
c) Na coordenação e na cooperação com outras empresas e entidades que desenvolvam, simultaneamente, atividades com os respetivos trabalhadores no mesmo local de trabalho.

Artigo 5º - Exceções

1 — O consumo, a disponibilização e a venda de bebidas alcoólicas fermentadas podem ser permitidos nos locais e nos períodos de tempo habitualmente destinados ao almoço e jantar, em quantidades limitadas a um máximo de 25 cl de vinho ou de 33 cl de cerveja por refeição e por pessoa maior de 16 anos.

2 — O pessoal dirigente pode definir critérios gerais e autorizar, a título excecional, o consumo das bebidas alcoólicas referidas no número anterior a maiores de 16 anos, ou de outras bebidas alcoólicas a maiores de 18 anos, em ocasiões especialmente festivas, comemorativas ou associadas a acontecimentos particularmente relevantes. (...)

Conteúdo do “Artigo 6º - Obrigações do pessoal dirigente”: incumbe os mesmos de uma série de ações que visam o cumprimento dos princípios da legislação em si, o apoio às medidas de informação e preventivas dos PLA e a resposta a situações concretas que possam ocorrer com trabalhadores.

Conteúdo do “Artigo 7º - Deveres dos trabalhadores”: define a forma como estes devem colaborar para o cumprimento do regulamento e para a ação dos responsáveis dirigentes.

Conteúdo do “Artigo 8º- Infrações disciplinares” e do “Artigo 9º - Fiscalização”: define as ações a desenvolver relativas a violação do regulamento e a entidade competente pela fiscalização do cumprimento do mesmo.

Aparentemente foi contemplada na legislação a medida descrita no PACA para a categoria¹⁸⁰. Todavia, o objetivo da medida original já era menos restritivo que a proibição total no local de trabalho, tendo em consideração que a associação entre consumo de álcool e atividade laboral é incompatível.

Nesta legislação a quantidade máxima de vinho definida (25 cl – corresponde em média a cerca de 24 gramas de álcool puro) é superior a equivalente de cerveja (33 cl - corresponde em média a cerca de 13 gramas de álcool puro) e superior ainda a considerada como consumo de baixo risco (20 g) tendo em consideração que as determinações são válidas para ambos os sexos. As argumentações nos documentos de elaboração da lei¹⁸¹ referem que os valores correspondem ao volume dos vasilhames comerciais correspondentes, o que não se aplica obrigatoriamente. Assim o valor definido para o vinho deveria ser reduzido aa metade ou implicaria a disponibilização de duas cervejas ao invés de uma comparativamente, o que pareceria desaconselhável.

O artigo 5º, que permite exceções aos princípios definidos no artigo 4º, introduz desvios a aplicação transparente da medida, permitindo uma discricionariedade que afeta a sua objetividade e ao mesmo tempo dificulta uma gestão do assunto e uma forte aplicação da legislação, quer por parte dos agentes comerciais envolvidos, quer por parte dos responsáveis das instituições públicas.

Além dos objetivos básicos da legislação estarem descurados, outros aspetos demonstram a fragilidade do instrumento legislativo. Primeiramente, a fiscalização (Artigo 9º) é da exclusiva responsabilidade de uma entidade externa, a Inspeção-Geral da Administração Pública, que não se faz presente no dia-a-dia das instituições e só atua mediante queixa ou inquérito, o que dificulta uma ação de controlo no dia-a-dia, sendo que as ações relacionadas às infrações (Artigo 8º) são essencialmente de ordem disciplinar e não estão definidas de forma clara na letra da lei, o que relativiza as consequências. Além disso, a nível interno, as obrigações do pessoal dirigente (Artigo 6º), nomeadamente de ordem preventiva ou interventiva (em relação aos PLA no local de

¹⁸⁰ “Regulação do acesso físico ao álcool” (que inclui as restrições à disponibilidade de álcool e a venda a menores) - Medida contemplada no PACA:

- Proibir a venda e disponibilização nos locais de trabalho da Administração Pública de quaisquer bebidas alcoólicas (exceto as fermentadas às refeições).

¹⁸¹ Documentos de Arquivo da DGS: - 20020411_04a CARTA DSPSM MS regulamentação PACA.

trabalho em geral ou aos casos específicos), estão definidas genericamente, mas sem referência a procedimentos ou disponibilização de meios que garantam a boa e implementação das medidas previstas, o que não facilita a tarefa e desincentiva as ações dos dirigentes na prevenção e intervenção do consumo.

A legislação em causa é frágil e deficientemente concebida, carecendo da criação de procedimentos, intervenções e programas bem estruturados a serem impostos na sua sequência, sofrendo ainda de problemas na sua fiscalização. Assim, apresenta condições básicas para ser implementada e pode produzir os efeitos imediatos em relação a redução do consumo, considerando o meio da administração pública (apesar da fraca possibilidade de acompanhamento e fiscalização), mas merece ser desenvolvida em prol a uma melhor abordagem ao assunto do consumo de álcool em meio laboral.

3.3. O DESENVOLVIMENTO DAS PRÁTICAS LEGISLATIVAS E ADMINISTRATIVAS (WITHINPUTS) E AS RESPOSTAS E MUDANÇAS RESULTANTES (OUTPUTS) DO PACA

No geral, poucas foram as políticas públicas efetivamente implementadas e desenvolvidas pelo PACA e as que ocorreram foram extremamente deficientes.

Analisar o seu processo de desenvolvimento a partir das práticas legislativas e administrativas é verificar, antes de mais, o cumprimento e a fiscalização das legislação e o desenvolvimento das intervenções, serviços e programas, usando para tal a descrição dos acontecimentos, a perceção dos atores sociais envolvidos e alguns indicadores de produção disponíveis.

Identificar os resultados dos serviços, atividades e intervenções é uma tarefa mais difícil, quer porque estas não foram efetivamente implementados para produzir algum efeito, quer pela falta de dados disponíveis que permitam associar a produção às mudanças no ambiente e no comportamento individual e coletivo.

No decorrer dos anos existiram outras medidas de regulamentação (ou de aplicação de legislação) e de disponibilização de recursos em políticas públicas de áreas diversas que podem ser descritas neste âmbito. Todavia, por não estarem no âmbito do PACA nem sequer terem como objetivo primordial atuar nas políticas do álcool devem ser vistas com reserva. Estas medidas fazem parte do contexto em que o PACA se inseriu, e não são assumidas como fazendo parte ou como sendo medida do plano. Em parte, foram introduzidas anteriormente¹⁸², quando se fez um ponto da situação das medidas que antecederam ou se desenvolveram paralelamente a aprovação do PACA. Muitas delas não foram interrompidas e a sua continuidade afetou o panorama dos PLA na área das respetivas políticas públicas a que elas estão ligadas, pelo que identificar essas medidas isoladas, as intervenções e seus resultados de mudança ajuda a compreender a evolução da situação. Por outro lado, elas podem contribuir para potenciar os objetivos das medidas do PACA em áreas abrangidas ou ausentes de intervenção prática, causando um falso efeito a respeito dos resultados do PACA se não forme consideradas. Assim, tal procedimento de distinguir entre as intervenções do PACA e do contexto acontece por questões de racionalidade tanto do processo das políticas públicas em causa, como do processo de análise.

Não houve uma avaliação do PACA, do seu impacto ou dos seus resultados durante os anos em que esteve ativo. No geral, as considerações dos atores sociais referem que não houve uma implementação completa das medidas previstas, algumas não passaram de intenções, outras foram regulamentadas, mas inadequadamente aplicadas ou reforçadas nas suas práticas.

¹⁸² Ver: 3.3.2. Medidas de Políticas Públicas do PACA e 4.1.1. Contexto Social e de Saúde.

A análise que se segue procura descrever por categoria de política pública, as ocorrências e alguns dados que permitam compreender o processo de desenvolvimento do PACA, através das atividades que promoveram a sua implementação.

3.3.1. Categorias de políticas públicas e atividades desenvolvidas

- **(1) Medidas para a condução sob o efeito do álcool**

As mudanças no Código da Estrada na condução sob o efeito de álcool foram introduzidas da década de 1990 e evoluíram à margem da criação e desenvolvimento do PACA.

As principais medidas de controlo e fiscalização da TAS na condução foram introduzidas na legislação a partir de 1998. A implementação de um maior e melhor controlo da TAS nos condutores ocorreu de 2001 em diante, com o aumento progressivo da fiscalização, que desde o início não possuía os níveis considerados adequados para inibir esse tipo de comportamento na condução (OPSS, 2002). Medidas de agravamento das penalizações desse comportamento na condução foram introduzidas em meados da década de 2000.

Apesar da condução sob o efeito de álcool estar no âmbito das políticas do álcool enquanto medida de redução dos danos do consumo num contexto específico, as políticas públicas desenvolvidas em Portugal são fruto de um esforço de melhoria das políticas europeias e nacionais referentes a Segurança Rodoviária, que incluem o controlo do álcool na condução entre muitas outras medidas. Assim, a Segurança Rodoviária foi a origem e o motor da mudança que se instalou nesta área, sendo que as Políticas do Álcool se beneficiaram desse contexto favorável de implementação dessas medidas.

A DGS acompanhou todo o processo de regulamentação e implementação e revisão da legislação sobre a condução sob o efeito do álcool, entre os anos de 1997 e 2001. O processo de implementação técnica da fiscalização e análise dos casos detetados foi demorado e prolongado durante esta fase e mostrou algum desenvolvimento prático apenas a partir dessa data. Nos primeiros anos de aplicação da lei a fiscalização rodoviária efetivada em Portugal, por motivos operacionais e falta de meios, correspondia a cerca de 1/5 da média das fiscalizações da UE. Todavia, foi feito um esforço para alcançar resultados na aplicação das medidas e na sua visibilidade, mesmo que, por vezes, os recursos disponíveis e o volume de testes de rastreios tenham diminuído (OPSS, 2003; 2002). Foi durante esse período que ocorreu a polémica em torno da redução da TAS para a condução para os 0,2 g/l em 2001, suspensão da medida em Janeiro de 2002, e reposição final da taxa nos 0,5 g/l em Julho de 2002. Este acontecimento afetou a forma como a população via o cumprimento da legislação e os resultados da fiscalização, provocando a descredibilização das medidas ao mesmo tempo que os fatos discutidos despertaram a atenção pública para o problema e suas consequências em termos de acidente, danos e mortalidade dos consumidores e de terceiros.

As medidas previstas no PACA em 2000 para a condução sob o efeito do álcool e os limites das TAS para grupos de condutores específicos não foram implementadas no decorrer de toda a década de 2000. A redução de TAS em populações específicas de condutores, como profissionais dos transportes e recém-encartados não aparecem como assunto na agenda política e na opinião pública mas a situação da mortalidade na condução associada ao consumo de álcool continuou a ocupar destaque. Interessante observar que a adoção de uma TAS limite de 0,5 g/l para os condutores e de TAS de 0,2 g/l para condutores inexperientes, de veículos de duas rodas, de grandes dimensões e de transporte de mercadorias perigosas eram medidas defendidas numa recomendação da CE emitida em 2001, juntamente com outras medidas que defendiam a adoção de testes aleatórios para dissuasão da condução sob efeito do álcool que permitisse uma

probabilidade estatística real de qualquer condutor ser submetido a um teste no mínimo de três em três anos no mínimo de três em três anos (Comissão Europeia, 2001^o).

O relatório da primavera de 2002 (OPSS, 2002) apresentava dados da Direção Geral de Viação de 1999, onde se podia constatar que do total dos condutores acidentados, o número dos que apresentavam algum nível de álcool no sangue eram muitas vezes maior do que o número dos que estavam abstinentes.

Os dados disponibilizados pelas autoridades sobre a mortalidade na condução sob o efeito do álcool, relatados na *média* já em 2003¹⁸³, eram esclarecedores sobre a situação do álcool na condução que existia quando o processo de revisão do Código da Estrada deu início em 1998 e que continuavam em debate passados 5 anos da introdução de novas regras e de fiscalização:

(...) «Outro dado relevante é o facto de 40% dos mortos na estrada apresentarem taxas elevadas de álcool. Estes dados estão a ser debatidos no Encontro Nacional dos Centros Regionais de Alcoologia.»

O relatório da primavera de 2003 (OPSS, 2003) confirmava e fazia uma análise pessimista da situação que existia em 1998 e anos seguintes, relatando a percentagem de condutores mortos em acidentes que apresentavam algum nível de álcool no sangue – 40% do total, sendo que a média europeia era de 27%¹⁸⁴. Revelava ainda algumas estatísticas sobre a fiscalização da condução sob efeito do álcool nas estradas ao longo dos anos, que, por adotar uma estratégia mais incisiva, apresentava resultados mais contundentes em relação a realidade do fenómeno:

(...) Os últimos estudos publicados apontam para a probabilidade de nos cruzarmos com um condutor muito embriagado (mais de 1,2 g/l) ser de um em cada 34 condutores, ao circularmos nas estradas portuguesas. No entanto esta probabilidade passa de 1 para 70 se considerarmos condutores assumindo o comando da sua viatura com taxas ilícitas (entre 0,5 e 1,2 g/l) (Direcção-Geral de Viação, 2000).

Quando é alterada a estratégia da fiscalização nas estradas (como aconteceu no primeiro trimestre de 2003) esta situação torna-se mais evidente. Assim, até ao início de Março de 2001, 2000 condutores tinham sido autuados por excesso de álcool no sangue. Em 2002 esse número atingiu os 2500 enquanto que em 2003, em idêntico período, foram autuados 3615 condutores, dos quais 1319 responderam em tribunal por crime de condução em estado de embriaguez. (...)»

OPSS, Relatório da Primavera 2003

O Relatório da Primavera de 2004 (OPSS, 2004) revelava algumas estatísticas sobre a fiscalização da condução sob efeito do álcool nas estradas dos anos de 2003 e 2004 e sua repercussão na imprensa:

«Como tituló também o Público (em 2 de Abril de 2004), fazendo menção ao Relatório de Segurança Interna de 2003, o "Número de Crimes por Condução com Álcool Bateu Recorde: as forças de segurança registaram 23 mil pessoas ao volante com uma taxa de alcoolemia superior a 1,2 gramas por litro de sangue, o que perfaz uma média de 60 condutores detidos, todos os dias, nas estradas portuguesas". E prossegue:

"Este valor, que a Administração Interna confirmou ser um recorde absoluto, representa um aumento de cerca de 4500 casos (25 por cento), resultando de uma maior pro-atividade das autoridades na fiscalização rodoviária e sendo corroborada por outros dados que mostram um aumento generalizado da deteção de infrações de trânsito graves e muito graves".

Noticiou entretanto (4 de Junho de 2004) o jornal digitalizado Portugal Diário que:

"Segundo dados da BT/GNR e da Divisão de Trânsito da PSP, em 2003, foram apanhadas 34156 pessoas a conduzirem com uma taxa igual ou superior a 0,50 gramas por litro de sangue. (...) As pessoas com idades entre os 30 e 39 anos, e que representam 7,8 por cento, são as que mais conduzem com excesso de álcool. Logo a seguir vem a faixa etária entre os 21 e 29 anos. A

¹⁸³ TVI / TVI Jornal, 20-02-2003, 13:00 – "Jovens cada vez mais precoces no consumo de álcool". Pivot: Lurdes Baeta.

¹⁸⁴ Dados citados se referiam a seguinte fonte: Instituto Nacional de Medicina Legal, Instituto Nacional de Toxicologia, Eurostat, 1998.

maior parte dos condutores alcoolizados, 21,3 por cento, são detetados entre as 04h00 e as 08h00 da manhã, precisamente a hora de saída da “noite”. A Região de Lisboa e Vale do Tejo, com 10 926 pessoas detetadas, lidera a lista com mais casos de condução sob influência do álcool. Segue-se a Região Centro com 9 210 casos”.»

OPSS, Relatório da Primavera 2004

Ao se analisar as práticas legais de fiscalização ativa da condução sob o efeito do álcool ao longo dos anos (entre 2000 e 2005) verifica-se que houve uma redução drástica do número de testes efetuados a partir de 2003 (Portugal. Ministério da Administração Interna. Direção Geral de Viação, 2000; 2001; 2002; 2003; 2004; 2005). Todavia, o número de condutores identificados como infratores aumentou consideravelmente. Assim, a percentagem de infratores mais do que dobrou a partir de 2003, uma efetividade de resultados que pode estar relacionada a uma estratégia de fiscalização mais direcionada a situações de maior risco ao invés de fiscalizações aleatórias, para compensar a diminuição da fiscalização em si (ver Tabela 19).

Tabela 19 – Fiscalização da condução sob efeito do álcool: total de testes efetuados e resultados das taxas de alcoolemia (Portugal. Direção Geral de Viação, 2000 a 2005)

Ano de referência	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Total de testes efetuados	906324	996205	906471	499719	474215	479287
Condutores com TAS = ou > 0,5 g/l (infratores)	23148	26236	29205	34156	31262	30853
% Infratores do total dos submetidos a teste	2,55%	2,63%	3,22%	6,83%	6,59%	6,44%

Por outro lado, ao se analisar o comportamento dos condutores relativamente a um indicador mais específico e que não depende das práticas legais de fiscalização ativa - condutores envolvidos em acidentes de viação com vítimas e que apresentavam TAS acima dos valores legais permitidos - os dados da Direção Geral de Viação entre 1999 e 2004 (Portugal. Ministério da Administração Interna. Direção Geral de Viação, 1999; 2000; 2001; 2002; 2003; 2004) demonstram uma tendência de estabilização dos valores percentuais destes infratores em relação ao total de casos ao longo dos anos, o que aponta para uma não mudança do comportamento de condução sob o efeito do álcool nos condutores, apesar da redução global do número de condutores envolvidos em acidentes (ver Tabela 20).

Tabela 20 – Condutores intervenientes em acidentes com vítimas: condutores testados e resultados das taxas de alcoolemia (Portugal. Direção Geral de Viação, 1999 a 2004)

Ano de referência	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Total de condutores intervenientes em acidentes com vítimas	80428	73736	70524	68979	67421	63668
Submetidos a teste (100%)	64363	60039	57079	57869	57102	53822
TAS não definida	--	--	330	609	539	438
Condutores com TAS < 0,5 g/l (não infratores)	62110	58013	54992	55367	54499	51625
Condutores com TAS = ou > 0,5 g/l (infratores)	2253	2026	1757	1893	2064	1759
% Infratores do total dos submetidos a teste	3,50%	3,37%	3,08%	3,27%	3,61%	3,27%

O Instituto de Reinserção Social do Ministério da Justiça, em resposta do ao requerimento do grupo parlamentar do PCP de 03/03/2003¹⁸⁵ acerca do cumprimento do plano alcoológico nacional, refere o desenvolvimento do “Programa STOP”, que entretanto não sendo uma medida definida no PACA, já tinha sido implementado da sequência da criação de legislação sobre condução sob o efeito do álcool que alterou o Código da Estrada em 1998:

Desde 1998 que se encontra em execução no IRS, a aplicação do “STOP Responsabilidade e Segurança”, um programa para indivíduos, arguidos ou condenados, no crime de condução de veículo em estado de embriaguez (CVEE), previsto e punido nos termos do art.º 292º. n.º 1 do Código Penal.

Este programa inspira-se nas modernas correntes da criminologia, que se vêm constituindo paradigmas fiáveis na renovação das práticas da punição, estando orientado para a redução dos fatores criminógenos, como por exemplo, o consumo excessivo regular ou dependência de bebidas alcoólicas.

O seu objetivo geral é modificar atitudes e comportamentos associados à CVEE, com vista à adoção voluntária de comportamentos alternativos que previnam a reincidência. O programa estrutura-se de modo a promover a reflexão crítica e informada sobre o comportamento delituoso e a avaliação das condicionantes e consequências, a aprender e treinar competências que permitam sustentar comportamentos alternativos compatíveis com os valores e normas da circulação rodoviária e, por fim, a estabelecer e adotar estratégias pessoais orientadas para a prevenção do crime.

Uma das componentes do programa é a frequência de uma consulta de alcoologia nos serviços de saúde, para despiste e eventual tratamento do alcoolismo, que pressupõe o consentimento do indivíduo, em data e local a indicar pelo IRS. .

Além do IRS e dos Tribunais Judiciais, as entidades envolvidas são a Prevenção Rodoviária Portuguesa, a Prevenção Rodoviária Açoreana e os Serviços de Saúde (Centros Regionais de Alcoologia, Hospitais e Centros de Saúde).

De referir que a frequência do programa pode ser imposta pelos Tribunais a qualquer pessoa que tenha cometido crime de CVEE e a quem tenha sido aplicada a suspensão provisória do processo, a suspensão da execução da pena de prisão e a liberdade condicional.

No estudo sociodemográfico dos arguidos ou condenados em CVEE, que frequentaram o programa durante o ano de 2002, ressalta, como mais frequente o intervalo de valores 1,20 g/l e 2,00 g/l (62%) para a Taxa de Álcool no Sangue (TAS). Resulta, também de análise dos dados, que são os reincidentes que possui a TAS mais elevada.

No que se refere às orientações de atuação e medidas a tomar relativas à vertente clínica e de investigação, podemos adiantar que o IRS está a desenvolver um trabalho de estudo e investigação do impacto do programa STOP ao nível da reincidência deste tipo de crime, bem como, ações de cooperação com os Centros Regionais de Alcoologia, nomeadamente ao nível do despiste e do tratamento do alcoolismo no âmbito do acompanhamento de indivíduos em cumprimento de medidas de conteúdo probatório.

Este programa demonstra ser um avanço em relação a intervenção com condutores sob efeito de álcool, mas nunca recebeu o apoio necessário para se tornar uma referência.

Em termos globais a legislação e as práticas legislativas de fiscalização sob o efeito do álcool foram pouco efetivas no que respeita a redução do comportamento de consumo de álcool na condução durante a primeira metade da década de 2000. Algumas medidas necessárias para corrigir essas falhas foram implementadas nos anos seguintes. Em 2005, o Código da Estrada foi alterado¹⁸⁶ aumentar as penalizações aos condutores que cometiam infrações consideradas graves e nomeadamente a condução sob o efeito de álcool. Em 2007, os procedimentos de fiscalização da condução sob influência do álcool foram modificados¹⁸⁷ com o intuito de a tornar mais efetiva, introduzindo designadamente testes rápidos de deteção e contraprovas baseadas em análise sanguínea. A DGS ainda acompanhou esse processo durante esses anos, sendo consultada sobre os

¹⁸⁵ Documento de Arquivo da DGS: - 20031212_04a CARTA PCP DGS resposta IRS

¹⁸⁶ Decreto-Lei nº 44/2005 de 23 de fevereiro. Altera o Código da Estrada.

¹⁸⁷ Lei nº 18/2007 de 17 de Maio. Aprova o Regulamento de Fiscalização da Condução sob Influência do Álcool ou de Substâncias Psicotrópicas.

procedimentos previstos nas propostas de legislação apresentada pelo Ministério da Administração Interna¹⁸⁸

- **(2) Estratégias de educação e persuasão (inclui a educação, comunicação, formação e consciencialização pública e a embalagem e rotulagem de produtos com álcool)**

Nenhuma iniciativa concreta desenvolvida nesta área pode ser assinalada, quer fruto de ações na área da Saúde, quer de iniciativas isoladas ou de outros setores como o da Educação. A Rede Nacional de Escolas Promotoras de Saúde (RNEPS), que se desenvolvia desde 1998, perdeu alguma força com o fim do Governo do PS em 2002, não tendo incorporado as orientações do PACA nos seus programas. O desenvolvimento dessa abordagem pela Direção Geral da Saúde (Ministérios da Saúde), no âmbito da Saúde Escolar, e pela Direção Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular (Ministério da Educação), no âmbito da Educação para a Saúde, não teve como consequência o desenvolvimento de práticas relevantes e sistematizadas que considerassem as orientações do PACA. Após alguns anos em que a Promoção e Educação para a Saúde dependia da adesão das escolas à RNEPS, a partir de 2005 o Projeto Educativo de Escola passou a incluir a área da Educação para a Saúde obrigatoriamente¹⁸⁹ sob a tutela do Ministério da Educação e como programas temáticos específicos e projetos desenvolvidos pelas escolas. Para tal foi constituído um grupo de trabalho que elaborou novas recomendações sobre os principais assuntos de saúde em meio escolar. O álcool foi um dos assuntos referenciados, como se constata no artigo do Jornal Correio da Manhã que apresentava as conclusões do trabalho em 2007. As orientações próprias do grupo seriam posteriormente utilizadas para que as escolas elaborassem seus próprios projetos e conteúdos, mas apenas apoiados pelo Ministério.

«O aumento do consumo de álcool entre adolescentes do sexo feminino é um dos fatores de alerta destacado pelo Grupo de Trabalho de Educação Sexual, que ontem divulgou, no site da Direcção-Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular, o seu último trabalho sobre o 'Consumo de Substâncias Psicoativas e Prevenção em Meio Escolar'.

Numa publicação com mais de cem páginas para orientação dos professores, o grupo, coordenado pelo psiquiatra Daniel Sampaio, critica o facto de pais e docentes terem "uma atitude de excessiva tolerância em relação ao tema" do álcool e sugere que "a política do estabelecimento de ensino deve ser a da proibição do uso de álcool em todos os locais, acompanhada de ajuda aos alunos que manifestem comportamentos desajustados com a ingestão alcoólica". (...)

Entre alguns dos métodos a adotar pelos professores, o grupo sugere ao Ministério da Educação, além de debates e sessões críticas, uma estratégia de prevenção mais intensa junto de "jovens com abuso repetido, regular ou crónico intermitente" e de "alunos que se sabem ser filhos ou netos de alcoólicos", com maior "vulnerabilidade genética". "Aqueles que dizem 'aguentar muito' devem merecer especial atenção", lê-se no documento, que incentiva o envolvimento direto do professor, a informação da família e o encaminhamento para "os serviços de saúde exteriores à escola".»

Jornal Correio da Manhã, 03-10-2007 - Álcool assusta escolas. Pg. 15. Escrito por Diana Ramos

- **(3) Preços e taxas com vista a reduzir os danos causados pelo álcool**

Apesar das propostas de revisão dos impostos, defendidas pela DGS em meados da década de 2000, inclusive com apresentação de estudos específicos¹⁹⁰ ao Ministério da Saúde e Governo, não foram desenvolvidos esforços ou feitas alterações em impostos ligados aos produtos com álcool que permitissem por um lado, uma melhor gestão do consumo de bebidas alcoólicas e uma redução dos seus danos, e, por outro, um melhor e

¹⁸⁸ Documentos de Arquivo da DGS: - 20060320_02a fax MS_DGS código estrada; - 20060321_02a email DGS_MS; - 20070110_02b parecer sobre proposta lei condução.

¹⁸⁹ Portugal. Ministério da Educação (2005) - Despacho n.º 25.995/2005, de 16 de dezembro. Determina a obrigatoriedade das escolas incluírem no seu Projeto Educativo a área da Educação para a Saúde.

¹⁹⁰ Documento de Arquivo da DGS: - 20041203_14 pacote álcool fiscalidade.

mais equilibrado financiamento do Estado em geral e, consequentemente, das políticas do álcool nas suas diversas vertentes.

Na área dos impostos o foco de atenção pública e do Estado, no período de vigência do PACA, se situou no contrabando de bebidas alcoólicas, considerado extremamente danoso e lesivo do bem público pelas autoridades judiciais. A dimensão da fraude, que refletia a pouca efetividade da fiscalização até então, era limitadora de uma política fiscal de aumento dos impostos, que poderia incentivar o aumento das práticas ilícitas de venda e de consumo. Aparentemente a produção ilícita e o contrabando destinava-se mais ao exterior que ao mercado nacional. Algumas notícias deste período exemplificam a magnitude e abrangência do fenómeno:

«(...) Desde 2000 estão sob investigação pela Brigada Fiscal (BF) evasões fiscais superiores a 125 milhões de euros relacionadas com álcool e bebidas alcoólicas

Uma grande destilaria clandestina foi selada anteontem em Runa, no concelho de Torres Vedras, por elementos do destacamento de Coimbra da Brigada Fiscal (BF) da GNR. A operação foi desencadeada no âmbito de uma investigação em curso e traduziu-se na apreensão de mercadorias avaliadas em 350 mil euros. Um comunicado divulgado ontem pela BF admite que a produção da destilaria deveria gerar impostos especiais sobre o consumo superiores a dez milhões de euros, o que faz ascender a mais de 125 milhões de euros o total da evasão fiscal atualmente sob investigação da BF desde 2000. (...)»

Jornal Público, 16-06-2002 - "Brigada Fiscal sela destilaria clandestina". Pg. 28. Escrito por António Arnaldo Mesquita

«Cinco mortes na Noruega, devido à elevada concentração de álcool etílico na aguardente, terão resultado da venda ilegal de bebidas alcoólicas feita por portugueses, que se organizaram em rede e que, durante anos, exportaram aqueles produtos para o Norte da Europa. O Ministério Público (MP) concluiu a investigação e acusou 185 pessoas e 73 empresas. O pedido de indemnização do Estado, por fuga aos impostos, é o maior de sempre. O MP reclama o pagamento de 243 milhões de euros: 207 milhões pelo não pagamento do imposto especial sobre as bebidas alcoólicas e o restante por fuga ao IVA.

A acusação foi agora deduzida pelo Departamento Central de Investigação e Ação Penal, depois da Brigada Fiscal da GNR ter desenvolvido a investigação durante três anos. Tudo indica, no entanto, que alguns arguidos requeiram a abertura de instrução, o que fará com que o julgamento só deva ser marcado para meados do próximo ano.»

Jornal Notícias, 30-11-2004 - "Fraudes com álcool rendem 243 milhões". Pg. 01 e 18. Escrito por Tânia Laranjo

- **(4) Regulação do acesso físico ao álcool (inclui as restrições à disponibilidade de álcool e a venda a menores)**

Foram introduzidos dois diplomas nesta área que regulam as restrições à venda e consumo de bebidas alcoólicas em geral¹⁹¹, com referências que levaram a regulamentação posterior da venda e consumo de bebidas alcoólicas nos locais de trabalho da Administração Pública¹⁹².

Venda a menores, pessoas embriagadas e com perturbação psíquica

A lei de proibição de venda não foi efetivamente cumprida no dia-a-dia pelos agentes comerciais, situação largamente constatada no que respeita aos menores. Verificou-se também deficiências na identificação das ocorrências pelas fiscalizações das entidades responsáveis. Estas eram sistematizadas e programadas para o horário laboral diurno, abrangendo uma diversidade de assuntos para além da venda de bebidas alcoólicas, enquanto a maior parte das situações de desrespeito a lei ocorriam em horários pós-

¹⁹¹ Decreto-Lei n.º 9/2002, de 24 de Janeiro, que estabelece restrições à venda e consumo de bebidas alcoólicas e altera os Decretos-Lei n.º 122/79, de 8 de Maio, n.º 25/86 de 25 de Agosto, n.º 168/97, de 4 de Julho e n.º 370/90, de 18 de Setembro;

¹⁹² Portaria n.º 390/2002, de 11 de Abril que regulamenta as prescrições mínimas em matéria de consumo, disponibilização e venda de bebidas alcoólicas nos locais de trabalho da Administração Pública.

laboral e áreas geográficas mais restritas de diversão noturna. Os resultados dessa situação podem ser exemplificados pelo conteúdo do artigo do Jornal Público:

«Jovens consomem mais bebidas alcoólicas

Passado um ano da publicação da lei que restringe a venda e o consumo de bebidas alcoólicas, aumentam os jovens que bebem álcool. Mas apenas foram detetadas três infrações por venda de bebidas a menores.

(...)

Um ano depois da publicação da lei que estabelece restrições à venda e consumo de bebidas alcoólicas, qualquer adolescente continua a poder comprar, tranquilamente, uma garrafa de cerveja ou de vinho em qualquer estabelecimento comercial.

Contudo, a Inspeção-Geral das Atividades Económicas (IGAE), entidade responsável pela fiscalização do cumprimento da lei publicada em Janeiro de 2002, detetou apenas três infrações por venda de bebidas alcoólicas a menores de 16 anos, no decurso do ano passado.»

Jornal Público, 01-02-2003 – “Mesmo com a lei, os jovens bebem cada vez mais”. Pg. 01 e 26. Escrito por Paula Torres de Carvalho

A denúncia pública dos especialistas da área da Saúde nos meios de comunicação social, relativos à falta de aplicação e efetividade da lei relacionada com a proibição de venda a menores foi uma constante nos primeiros anos após a sua aprovação:

«Denúncia: Centros Nacionais de Alcoologia reuniram-se em Lisboa.

(...) Uma legislação que não permita que o álcool esteja “24 horas por dia disponível aos menores, sem qualquer elemento de fiscalização”; representa para Augusto Pinto a primeira medida a tomar para diminuir o consumo e consequentemente os efeitos dos excessos. A par de normas mais rígidas, é igualmente necessário introduzir “multas e penalizações mais pesadas para que os comerciantes não se sintam tentados a transgredir com base no lucro fácil, como hoje acontece”, conclui.»

Jornal A Capital, 23-02-2003 - “Álcool mata mais de 20 portugueses por dia”. Pg. 10.

«(...) Em declarações ao DN, Dinis Cortes, responsável em Beja pelo Instituto da Droga e da Toxicodependência, sublinhou o aumento de intoxicações agudas resultantes do álcool, particularmente em jovens entre os 12 e 14 anos. O dirigente questionou o cumprimento da lei publicada em Janeiro de 2002, que restringe a venda e consumo de bebidas alcoólicas a menores de 16 anos. Dinis Cortes apontou mudanças preocupantes na forma de consumir: «É como se os jovens deixassem de ter um padrão de consumo regularizado, bebendo apenas porque lhes apetece, para passarem a beber com o objetivo de se embriagarem.»

Revista Pais & Filhos, 01-04-2003 – “Jovens alentejanos consomem cada vez mais álcool”. Pg. 72

A confirmação da continuação da venda a menores, a prevaricação dos agentes comerciais e a falta de fiscalização, ocorreu também através de estudos no terreno feitos por revistas especializadas no Consumo e na Saúde:

«(...) «Lei Ignorada

Pedimos a vários jovens, de ambos os sexos, com idades claramente compreendidas entre os 13 e os 15 anos, para se dirigirem, de forma anónima, a um total de 100 estabelecimentos em Lisboa, Porto, Coimbra, Castelo Branco e Beja, para comprar bebidas alcoólicas (cerveja e vodka). As visitas anónimas decorreram, entre Outubro e Novembro de 2003, em cafés, pastelarias, restaurantes de fast-food, lojas de conveniência e supermercados.

- Por um lado, a maioria dos estabelecimentos vendeu as bebidas alcoólicas solicitadas: das 100 visitas efetuadas, em apenas 18 casos, o vendedor recusou-se a atender ao pedido dos nossos menores. Nalguns estabelecimentos, levantaram questões sobre a idade do menor, se estaria acompanhado por um adulto, etc., tendo acabado por vender a bebida alcoólica, mesmo sabendo que não o podiam fazer! Esta atitude mostra que, apesar de terem conhecimento da lei, os funcionários não a aplicam...*
- Verificámos também se a proibição de álcool a menores estava afixada em local bem visível, tal como manda a lei. Mas, em cerca de 20% dos casos, o aviso estava afixado em local pouco visível e, em metade dos casos, não estava sequer visível!*

Em síntese: a existência de legislação, só por si, não resolve o problema do consumo de álcool pelos jovens

no nosso país. Além disso, nem sequer é cumprida e, pelos vistos, pouco fiscalizada pelas autoridades policiais e pela Inspeção-Geral das Atividades Económicas.” (...)»

Revista Teste Saúde, 01-06-2004 - “Travar o consumo de álcool”. Pg. 20; 21 e 22

A falta de fiscalização sobre a venda a menores em geral e nomeadamente nos entornos das escolas foi referida pelos responsáveis dos serviços de saúde e com cargos políticos de responsabilidade. Algumas alternativas mais rígidas de legislação começaram a ser apontadas para minimizar os efeitos da falta de fiscalização, como o aumento da idade mínima para a venda para os 18 anos. Apesar dessas declarações veiculadas na comunicação social nenhuma medida para corrigir a situação foi desenvolvida:

«(...) Fernando Negrão (presidente do Instituto da Droga e da Toxicodependência), que falava no Porto, no arranque do simpósio «Pré-Alcoolismo e Alcoolismo: O que sabemos e como prevenir», (...) criticou a «inexistência de estruturas de fiscalização» das leis relativas ao consumo de álcool, como a proibição de venda de bebidas alcoólicas a menores de 16 anos e a limitação da venda em estabelecimentos comerciais junto a escolas do ensino básico e secundário. «O Estado de direito tem deficiências preocupantes», «a maioria das leis não são cumpridas», acrescentou.»

Jornal Diário Notícias, 31-01-2004 – “Negrão critica falta de investimento”. Pg. 01 e 25. Escrito por Joana de Belém.

O presidente do Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT) entende que a venda de bebidas alcoólicas devia estar interdita aos menores de 18 anos. “Acho que essa é uma ideia muito interessante, que pode ser posta em prática desde que seja acompanhada por uma política de prevenção e de educação dos consumos”, defendeu ontem Fernando Negrão, à margem do simpósio “Pré-alcoolismo e alcoolismo: o que sabemos e como prevenir”, que decorreu na Escola Superior de Biotecnologia da Universidade Católica, no Porto. (...)»

Jornal Público, 31-01-2004 – “Negrão defende proibição de venda de álcool a menores de 18 anos”. Pg. 29 Escrito por Sandra Silva Costa.

Todos esses acontecimentos descritos decorreram entre a promulgação da lei, em 2002, e 2004, mas a situação se perpetuou no decorrer dos anos seguintes, existindo estudos da Associação Portuguesa para a Defesa do Consumidor (DECO), já em 2010, que confirmam a continuidade da situação e a gravidade da mesma (Cunha Filho *et al.*, 2010). Divulgado na Revista Teste Saúde em Junho de 2010¹⁹³, o estudo apurou que, apesar de proibido, jovens dos 12 aos 15 anos compraram bebidas alcoólicas em 54 das 97 visitas feitas no âmbito do estudo anónimo.

No decorrer dos anos que se seguiram a criação da legislação em causa não se identificou alterações substanciais no ambiente dos locais de venda, bem como no comportamento dos consumidores e dos agentes comerciais.

Por outro lado, a fiscalização e penalização do incumprimento da venda a menores foi fraca e inefetiva. Nesse aspeto, a prática legislativa inadequada às circunstâncias de fiscalização foi um ponto crucial e a resposta pouco conseqüente para os infratores favoreceu a continuidade do desrespeito da lei. Apenas aspetos mais estruturais da lei, como afixação dos avisos de proibição, foram relativamente cumpridos e reforçados pela fiscalização sistemática das autoridades.

Restrições à disponibilidade nos Serviços de Saúde

Não se tem informação sobre o cumprimento da legislação nos Serviços de Saúde, no que respeita a interdição de venda e consumo nas áreas de acesso ao público. A perceção geral é de que a legislação foi implementada e cumprida em todos os locais,

¹⁹³ Revista Teste Saúde nº 85 Junho/Julho 2010 – Sub-16 com álcool livre. (ver notícia “Álcool: venda a menores de 16 sem controlo” em <http://www.deco.proteste.pt/bebidas/alcool-venda-a-menores-de-16-sem-controlo-s600631.htm>).

apesar de nas áreas destinadas aos funcionários, nomeadamente da administração pública, prevalecer a legislação específica de consumo limitado às refeições e eventos.

Não se identifica claramente que a restrição da venda e consumo se relaciona com questões de saúde ou segurança, e mesmo a questão do exemplo público enunciado no PACA não transparece na prática. Todavia, não se identificaram registos de problemas ou reações à implementação dessa legislação. Também não houve uma avaliação do impacto da lei na melhoria do ambiente de trabalho.

Restrições à disponibilidade nos locais de trabalho da Administração Pública

Não se tem informação sobre a aplicação ou o cumprimento da legislação na Administração Pública e das práticas referentes às exceções criadas. A perceção geral é de que a legislação foi implementada e cumprida em todos os locais da Administração Pública. Não se ficou a conhecer se ocorreram implicações ou reações à implementação dessa legislação.

Da mesma forma, não houve uma avaliação das suas práticas legislativas e do impacto da lei na melhoria dos comportamentos individuais e coletivos ou no ambiente de trabalho. É de se pressupor que o comportamento geral dos consumidores se alterou e garantiu pelo menos um nível de consumo reduzido nestes contextos laborais. Todavia as alternativas ao consumo fora das instalações da administração pública no horário laboral e as exceções existentes podem indiciar que os resultados sociais e de saúde não são efetivos. Falhou ainda a criação de procedimentos e intervenções em meio laboral que permitisse uma melhor atuação de apoio à saúde dos trabalhadores no meio laboral.

- **(5) Regulação do marketing e da promoção do álcool (inclui publicidade, promoção e patrocínio)**

As restrições à publicidade, previstas no âmbito do PACA, foram introduzidas através da legislação que alterou o Código da Publicidade¹⁹⁴ em 2001.

As alterações introduzidas demonstraram possuir falhas na letra da lei e normas pouco claras nas suas intenções e objetivos, dificultando a sua implementação e fiscalização. O Estado, por sua vez, também não impôs o seu cumprimento de acordo com os princípios do PACA em que ela se baseou. Essas estratégias de marketing da Indústria do Alcool permaneceram ativas e algumas abordagens de infiltração de publicidade em atividades televisivas foram desenvolvidas no decorrer dos anos que se seguiram. Além disso, outros meios de publicidade foram usados para suplantar qualquer limitação potencial imposta pela legislação. A prática legislativa ligada à fiscalização e a intervenção das autoridades foi quase inexistente, deixando boa parte do assunto entregue a uma autorregulação muito pouco exigente e que atuava *a posteriori* dos acontecimentos. Os seus efeitos no ambiente, de inibição do estímulo ao consumo de bebidas alcoólicas, e nos indivíduos, de redução da procura e do consumo, não foram monitorados nem observadas diretamente por qualquer um dos atores sociais.

Uma das alegações sobre as restrições a publicidade é que ela gera um imediato reencaminhamento das verbas disponíveis para outras formas tradicionais e novas formas de publicidade, promoção e marketing passíveis de menor controlo, nomeadamente o marketing direto ao consumidor. Em meados de 2002, o Observatório da Publicidade já chamava a atenção nos meios de comunicação social para uma das áreas descuidadas pelo PACA na publicidade junto aos jovens e do meio escolar:

«A publicidade a bebidas alcoólicas é proibida nos estabelecimentos de ensino. Mas, logo à porta, crianças, adolescentes e jovens "esbarram" em cartazes que fazem apelo ao consumo de álcool

A publicidade a bebidas alcoólicas é proibida nos estabelecimentos de ensino. Tudo bem. Só que à saída

¹⁹⁴ O Decreto-Lei n.º 332/2001, de 24 de Dezembro (Alteração ao Código da Publicidade)

das escolas, crianças, adolescentes e jovens "esbarram" em cartazes que atribuem "maravilhas" ao consumo de álcool. As cervejas estão entre as principais campanhas publicitárias nestes espaços, conclui o Observatório da Publicidade. (...)

Perante aquelas conclusões, o Observatório da Publicidade, adverte: "Note-se que a existência de publicidade a bebidas alcoólicas nos espaços que envolvem as escolas reflete um certo incitamento ao consumo de tais produtos, até porque os anúncios utilizam jovens para persuadir os consumidores".»

Jornal Diário Notícias, 04-06-2002 – "Cervejas aliciam escolas".Pg. 27. Escrito por Céu Neves

A incapacidade da legislação criada de impedir a publicidade, especialmente dirigida a jovens foi rapidamente percebida e relatada pelos especialistas da área da alcoologia em eventos científicos e nos meios de comunicação social, que responsabilizaram o Governo, inclusive pelo fato de ser ele um dos que usufruem dessa atividade publicitária:

«Denúncia: Centros nacionais de alcoologia reuniram-se em Lisboa.

(...) "tem-se vindo a notar um aumento muito significativo de ingestão entre os jovens e as mulheres", lamenta Aires Gameiro, diretor da Casa de Saúde de São João, no Funchal, para quem este acréscimo "é uma consequência de uma intensa campanha de publicidade por parte das empresas de distribuição de bebidas destiladas, lançando uma autêntica moda entre os adolescentes".

O patrocínio por parte das multinacionais de bebidas alcoólicas a acontecimentos desportivos, festas de estudantes e até dos Santos Populares, "é uma irresponsabilidade do Estado, e um verdadeiro incentivo aos jovens que não vêm os perigos que o consumo excessivo de bebidas pode trazer", alerta Aires Gameiro.»

Jornal A Capital, 23-02-2003 - "Álcool mata mais de 20 portugueses por dia". Pg. 10

A proibição total da publicidade às bebidas alcoólicas chegou a ser discutida publicamente e nos meios de comunicação social pelos responsáveis políticos da área já em 2003, perante o seu poder de influência sobre os consumidores mais vulneráveis:

«(...) Na presença do Ministro da Saúde, o Presidente do IDT, Dr. Fernando Negrão, defendeu que se acabe com a publicidade às bebidas alcoólicas nos meios de Comunicação Social

(...) No seu discurso, o Presidente do IDT considerou que a promoção das bebidas alcoólicas «mata a prevenção e está em clara oposição ao grande projeto» de combate à toxicodependência, para o qual «todas as instituições e a sociedade civil» devem fazer convergir os seus esforços. «É muito importante que o poder político proíba estas campanhas publicitárias, porque implicam o crescendo dos riscos para a vida das populações mais jovens», afirmou, acrescentando que, «nos últimos anos, o número de mulheres internadas com problemas de alcoolismo triplicou», o que, a seu ver, é fruto das agressivas campanhas de promoção de bebidas alcoólicas nos media.»

Jornal Tempo Medicina, 30-06-2003 - "Dr. Fernando Negrão defende proibição da publicidade ao álcool". Pg. Escrito por Luís Henriques Antunes.

Por outro lado, um novo Código de Autorregulação dos Cervejeiros Portugueses para a Comunicação Comercial (carta de Novembro de 2006)¹⁹⁵ foi subscrito conjuntamente pela Associação Portuguesa de Produtores de Cerveja (APCV), Associação Portuguesa de Restauração e Similares de Portugal (ARESP) e a Associação Portuguesa de Empresas de Distribuição (APED), demonstrando o apoio consensual dos canais HORECA e Alimentar em assumir um compromisso social mais forte, mas também manter a liberdade do setor em relação à publicidade, evitando assim uma qualquer tentativa do Governo em impor novas restrições a publicidade de bebidas alcoólicas. Esta ideia era alias veiculada por toda a Indústria do Álcool em Portugal e suscitou uma proposta feita as autoridades de Saúde nesse mesmo ano¹⁹⁶. Em Maio de 2007 a APCV assina um

¹⁹⁵ Documento de Arquivo da DGS: - 20061116_10 carta APCV_DGS

¹⁹⁶ Documento de Arquivo da DGS: - 20061004_10 carta Industria_DGS

protocolo com o Instituto Civil da Autodisciplina da Comunicação Comercial (ICAP)¹⁹⁷ visando a monitorização da publicidade televisiva a cervejas. A experiência de autorregulação nos anos seguintes demonstrou que eram cometidas várias infrações ao Código, apenas uma pequena parte dessa publicidade era identificada, a resposta às reclamações, mesmo que em tempo útil, não evitava a exposição do público e não trazia consequências graves para os responsáveis (Cunha Filho *et. al.*, 2010)¹⁹⁸.

As alterações ao Código da Publicidade demonstraram ser pouco incisivas no conteúdo, de fraca aplicação e pouca capacidade de impacto na atividade publicitária em geral, nomeadamente a direcionada aos jovens. As medidas impostas não foram claras e objetivas, inequívocas e sem exceções. Em 2007, a Direção-Geral do Consumidor, organismo do Ministério da Economia responsável pela fiscalização da publicidade em Portugal, relatava no artigo do Público que os processos existentes não se relacionavam com as incongruências da lei e que existia uma procura de clarificação sobre ao assunto:

«(...) Na Direção-Geral do Consumidor correm cinco processos de contraordenação por suspeita de violação do regime da publicidade ao álcool, embora nenhum deles relacionado com a atividade desportiva, revelou ao PÚBLICO, por e-mail, José Ribeiro, diretor-geral do Consumidor, que, contudo, tem recebido vários "pedidos de informação" sobre o assunto.»

Jornal Público, 23/07/2007. "Legislação é "nebulosa" e devia ser clarificada, defendem juristas".

Nos anos seguintes, a Direção-Geral do Consumidor monitorizou a publicidade de bebidas com e sem álcool, mas sem identificar problemas, apesar de inúmeros especialistas da área do álcool e do direito e defesa do consumidor referirem o contrário.

Os interesses dos agentes comerciais, operadores de meios e beneficiários finais envolvidos no patrocínio, promoção e publicidade de bebidas alcoólicas é de grande dimensão e importância para as instituições envolvidas, que constituem um grupo de interesse e pressão junto do Governo, dos Partidos e do Parlamento.

Disso da conta Francisco Louça quando fala sobre as intervenções desenvolvidas pelo Partido Bloco de Esquerda no artigo do Público:

«(...) O Bloco de Esquerda também já tentou, embora sem sucesso, alterar a legislação na Assembleia da República. Um primeiro projeto-lei foi chumbado, em Junho de 2004, um segundo caducou e o terceiro (número 69/X) aguarda votação. "Esperamos apresentá-lo na próxima sessão legislativa", disse ao PÚBLICO o deputado Francisco Louçã, embora esteja pouco confiante na aprovação dos diplomas, porque "as associações de produtores de bebidas alcoólicas são muito fortes". Sublinhando que a posição do Bloco de Esquerda "não é puritana", até porque o "álcool faz parte dos hábitos sociais dos portugueses", Louçã defende que a intenção do projeto bloquista "é não haver promoção do consumo no contexto da atividade desportiva", também porque as mensagens publicitárias no âmbito desportivo, "muitas vezes de forma subliminar", são "mais eficientes" do que os anúncios tradicionais.»

Jornal Público, 23/07/2007. "Legislação é "nebulosa" e devia ser clarificada, defendem juristas".

- **(6) Modificação de contextos de consumo de álcool (inclui a redução de danos no consumo de álcool e nos ambientes envolventes)**

Foram introduzidos dois diplomas nesta área que regulam a venda e consumo de bebidas alcoólicas¹⁹⁹, com referências que levaram a regulamentação posterior da venda e consumo de bebidas alcoólicas nos locais de trabalho da Administração Pública²⁰⁰.

¹⁹⁷ Informação disponível em: <http://www.icap.pt/>

¹⁹⁸ ICAP – Instituto Civil da Autodisciplina da Comunicação Comercial: Deliberações de 2008 ("22M-G/2-12J/2008 - Monitorização | UNICER | 'Super Bock Festa'" e "20M-G/1J/2008 - Monitorização | UNICER | 'Super Bock Praia'") e de 2009 (27J/2009 - Strat – Comunicação e Tecnologia vs. SCC-Soc. Central Cervejas e Bebidas) (Ver em http://www.icap.pt/icapv2/icap_site/deliberacoes.php?AG4JPQ51=ADotela9Xr1&AHJJg5i=)

¹⁹⁹ Decreto-Lei n.º 9/2002, de 24 de Janeiro, que estabelece restrições à venda e consumo de bebidas alcoólicas e altera os Decretos-Lei n.º 122/79, de 8 de Maio, n.º 25/86 de 25 de Agosto, n.º 168/97, de 4 de Julho e n.º 370/90, de 18 de Setembro;

A medida melhor implementada ao longo dos primeiros anos que se seguiram a aprovação da legislação foi a eliminação da disponibilização de bebidas alcoólicas através de mecanismos de venda automática, eliminando a possibilidade de menores ou outros a quem a venda estaria proibida poderem ter acesso ao álcool.

A obrigação da afixação da proibição de venda nos estabelecimentos foi também uma medida efetivamente implementada, até porque era uma das únicas que podiam ser efetivamente verificadas aquando das fiscalizações. Esta obrigação de afixação foi a principal causa de contraordenações por parte da fiscalização no decorrer dos anos que se seguiram a criação da legislação.

A maior responsabilização dos vendedores em termos de coimas e penas acessórias, apesar de presente na lei, foi aplicada sem destaque para grandes penalizações ou penas acessórias nesta matéria.

A venda de bebidas alcoólicas a pessoas notoriamente embriagadas não pareceu permitir uma avaliação por parte do agente comercial, assim como muitos casos em que estaria em causa uma perturbação mental que impedisse eficazmente o consumo no dia-a-dia, todavia em situações limites essa prerrogativa era exercida pelo agente comercial.

O efeito que estas medidas tiveram na alteração do ambiente de consumo é relativa, mas pode-se dizer que ocorreu um impacto positivo a eliminação de máquinas de venda automática e a presença de avisos de proibição nos estabelecimentos de venda. Nenhuma das situações ocupou espaço nos meios de comunicação social ou foi motivo de intervenção política ou técnica. As questões ligadas a fiscalização e penalização dos agentes comerciais ainda era alvo de algumas notícias.

As restrições em ambientes como serviços de saúde e locais de trabalho da Administração Pública serviram mais a introdução de um modelo de ambiente saudável do que a introdução de regras que visavam reduzir danos existentes. Por isso, e por serem medidas isoladas de um contexto maior de intervenção, foram tratados no âmbito da regulação do acesso físico ao álcool.

Nesta categoria um assunto que não estava previsto em termos de medidas do PACA ganhou importância e visibilidade com o passar dos anos e merece uma nota final: a disponibilização e consumo em festas e eventos universitários.

- **(7) Intervenções precoces e tratamento (inclui as intervenções no consumo de risco e nocivo de álcool e dependência de álcool e as intervenções e assistência aos familiares de pessoas com dependência de álcool)**

A principal medida nesta categoria se fez através da aprovação de legislação que previa a reestruturação dos CRAs e da criação da RAN²⁰¹. A prática legislativa derivada do diploma, com as necessárias intervenções político-administrativa e de alocação de recursos e meios não foram identificadas. Os atores envolvidos na área do tratamento chamaram a atenção para a situação e as propostas dos responsáveis da Saúde para implementar os organismos de coordenação, melhorar a situação dos CRAs e implementar a RAN foram sempre adiadas pela tutela. Não foram identificados efeitos na melhoria e dimensão da rede de tratamento especializado e de intervenção precoce ou comunitária.

A legislação que reestruturou os CRAs em função da criação da RAN na prática não teve aplicação desde 2000 até pelo menos 2006, acompanhando a vida útil do PACA. As atribuições dadas aos CRAs não são plenamente aplicáveis sem que esteja definido a

²⁰⁰ Portaria n.º 390/2002, de 11 de Abril que regulamenta as prescrições mínimas em matéria de consumo, disponibilização e venda de bebidas alcoólicas nos locais de trabalho da Administração Pública.

²⁰¹ Decreto-Lei 318/2000 de 14 de Dezembro (reorganiza e reestrutura os Centros Regionais de Alcoologia e adequa a sua missão e inserção no SNS, complementando-os com unidades funcionais nos serviços locais de saúde mental, constituindo no seu conjunto uma rede alcoológica.)

rede de serviços que dela fazem parte (RAN) e que os CRAs assistem e apoiam. A falta de meios para prestar este serviço é um ponto fulcral para o desenvolvimento dos CRAs e da RAN. A tutela do MS e respetivos serviços a que foram delegadas tarefas (DGS e ARS) falharam no desenvolvimento do projeto que esta legislação é apenas embrião. A coordenação dos CRAs por um Conselho Técnico informal que continuou a funcionar sem a legitimidade e condições de atuação, na falta de constituição e nomeação do novo modelo previsto na legislação, não conseguiu promover uma mudança ou melhorar as condições de assistência em saúde.

A reestruturação dos CRAs e o desenvolvimento da RAN

A área do tratamento especializado manteve o nível de atendimento de anterior ao PACA, quando era previsto um alargamento e crescimento para dar resposta às necessidades de saúde das populações. As reestruturações dos CRAs e a intenção de criação da RAN não se refletiram no terreno, afetando a capacidade de atendimento não só dos centros de alcoologia, mas dos demais serviços que não desenvolveram capacidade de resposta em alcoologia como previsto na RAN. Esta constatação começou a ser feita logo em 2002 por atores sociais e responsáveis técnicos dos serviços de saúde envolvidos.

«O internamento não corresponde às necessidades. Não por culpa do Centro Regional de Alcoologia, mas da política relacionada com o alcoolismo. O presidente do Centro de Alcoólicos Recuperados da Guarda lamenta que passados 22 anos do seu tratamento continuem a manter-se os mesmos oito internamentos semanais para toda a Região Centro.

“Politicamente nada se fez”, acusa Carlos Brito criticando o facto de, até esta data, os vários os governantes se terem virado apenas para o problema da toxicodependência.»

Jornal Nova Guarda, 31-05-2002 - “Guarda vai ter Federação dos Núcleos de Alcoólicos”

«Faltam meios humanos para tratar doença (...)

Um em cada dez habitantes da região Centro com mais de 15 anos tem problemas de alcoolismo, mas 16 mil dos 230 mil doentes já estão em tratamento, revelou o diretor do Centro Regional de Alcoologia, Augusto Pinho. “Poderíamos ter melhores resultados, mas lutamos com falta de recursos humanos para acompanhar os doentes tratados e evitar recaídas”, disse Augusto Pinho. (...)»

Jornal Correio da Manhã, 22-06-2002 – “Álcool atinge 230 mil no Centro do País”. Pg. 14

«Dez por cento dos doentes internados no Hospital Júlio de Matos, cerca de centena e meia de pacientes, sofrem da síndrome da dependência alcoólica e ficam nas mesmas enfermarias que os restantes doentes psiquiátricos com patologias diversas. João Cabral Fernandes, diretor clínico do hospital, afirmou ao CM defender a criação de uma unidade especializada no trato destes doentes.

“Dos 1700 internamentos anuais, cerca de 150 são doentes alcoólicos, que sofrem de dependência, alguns em fase terminal de delirium tremens, e psicoses alcoólicas e estes ficam junto dos restantes doentes. Ora, gostaríamos de criar uma unidade especializada para o seu tratamento de desintoxicação, que deveria contar com o apoio técnico de uma equipa multidisciplinar”, afirmou o psiquiatra, que criou uma consulta de alcoologia, a funcionar na Unidade Comunitária de Cuidados Psiquiátricos em Odivelas.

Cabral Fernandes defende que o “velho hospital” tenha uma “nova abordagem e uma perspetiva moderna” no tratamento dos doentes, com o apoio técnico de uma equipa multidisciplinar que inclua um psicólogo, psiquiatra, médico de clínica geral, terapeuta da família; assistente social. (...)»

Jornal Correio Manhã, 11-12-2002 - “Alcoólicos internados junto de doentes psiquiátricos”. Pg. 15. Escrito por Cristina Serra

O mesmo foi constatado por relatórios sobre o sistema de saúde português. Em meados de 2003 a situação da RAN e dos CRAs era descrita da seguinte forma (OPSS; 2003):

(...) Na vertente de investigação epidemiológica e clínica/terapêutica instalou-se o impasse: nem se conhecem estudos, nem a publicação do Dec. Lei 318/2000, de 14 de Dezembro, alterou algo de

significativo a nível dos Centros Regionais de Alcoologia ou a prevista criação de unidades funcionais alcoológicas nos departamentos e serviços de saúde mental dos hospitais gerais (...)

OPSS, Relatório da Primavera 2003.

No início de 2004, o responsável do IDT comparava os investimentos feitos na área das drogas ilícitas e do álcool, identificando as discrepâncias existentes e a falta de alocação de recursos na área da alcoologia e nomeadamente do tratamento:

(...) Fernando Negrão fez ainda questão de criticar a falta de investimento no combate ao alcoolismo, uma doença que afeta perto de 700 mil portugueses.

"É inadmissível que o Estado não dote a alcoologia de mais meios", atirou, antes de lembrar que os três centros de alcoologia existentes no país - Porto, Coimbra e Lisboa - têm limitações financeiras e mesmo físicas. Para já não falar, realçou, no facto de a zona Sul estar completamente "desguarnecida", dado que "os centros de alcoologia não cobrem todo o país". O responsável do IDT lembrou também que, a par dos 700 mil alcoólicos, há em Portugal um milhão de consumidores excessivos. (...)

*Jornal Público, 31-01-2004 – "Negrão defende proibição de venda de álcool a menores de 18 anos". Pg. 29
Escrito por Sandra Silva Costa.*

A procura de soluções alternativas à proposta do PACA de reestruturação dos CRAs e criação da RAN não foi um ato isolado. Na verdade ocorreu uma proposta concreta do MS em 2004, no âmbito do lançamento do PNS 2004-2010, que passava pela utilização dos centros de tratamento de toxicodependentes para combater o alcoolismo (além das outras estruturas do SNS), criando uma Rede Alcoológica mais ampla e robusta a curto prazo²⁰². A proposta foi discutida publicamente pelos responsáveis dos diversos serviços e planos, com posições diversas e ponderações sobre as vantagens e desvantagens de integração dos serviços de atendimento para a estruturação da RAN, sem que se encontrasse um consenso claro. Todavia ficou clara a viabilidade e a necessidade de uma solução para a falta de recursos e meios existentes. A intervenção do diretor do CRAS no Jornal Público resume bem a discussão sobre o assunto:

«(...) O diretor do Centro Regional de Alcoologia do Sul, Domingos Neto, que aplaude a proposta do Governo. "Há mais de 500 mil alcoólicos em Portugal e eles têm que ser atendidos em algum sítio. Os CAT têm tanto pessoal como os serviços de psiquiatria de todo o país, por isso, se eles não têm capacidade, mais ninguém tem", afirma o médico. E embora reconheça que estas são duas problemáticas diferentes, realça que ambas consubstanciam comportamentos aditivos.

Domingos Neto admite que há em Portugal um défice de recursos nesta área, onde existem apenas três centros regionais de alcoologia, com menos de 80 camas, que realizam sete mil consultas por ano. "Mais de 90 por cento desta atividade passa-se no concelho de Lisboa e todos os concelhos deviam ter os mesmos meios. O que minimiza estas faltas é que há uma série instituições, como os serviços mentais dos hospitais, que também tratam estes doentes", completa.»

Jornal Público, 20-02-2004 - "Especialistas divergem quanto ao atendimento dos alcoólicos nos centros de toxicodependência". Pg. 31. Escrito por Mariana Oliveira

Em meados de 2004, o Relatório da Primavera de 2004 (OPSS; 2004): dava nota sobre a estagnação da situação dos CRAs e da RAN e das propostas à margem do PACA para resolução do problema:

(...) Enquanto a Rede Alcoológica e a reestruturação dos CRA – Centros Regionais de Alcoologia (DL n.º 318/2000, de 14 de Dezembro) continuam letra morta, o Presidente do IDT (Instituto da Droga e Toxicodependência), cujos relatórios anuais de atividades dão nota de reduções persistentes de uma média de 25% de utentes/ano, anunciou que os CAT (Centro de Atendimento a Toxicodependentes) irão passar a intervir em pessoas com PLA (problemas ligados ao álcool). (...)

OPSS, Relatório da Primavera 2004.

²⁰² Jornal Primeiro de Janeiro, 19-02-2004 - "Alcoolismo tratado nos CAT". Pg. 01 e 14. / Jornal A Capital, 19-02-2004 – "Centros 'antidroga' vão atender alcoólicos" Pg. 01 e 14. Escrito por Luís Claro

As respostas e resultados gerados pela prestação de cuidados de saúde na área do tratamento especializado nos serviços de saúde do SNS referentes a indivíduos saídos de tratamento no decorrer dos anos de 2002 a 2005 (Portugal. Ministério da Saúde. Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde, 2003, 2004, 2005) apresentam-se relativamente estáveis, demonstrando uma ausência de reestruturações consistentes ou expansão da capacidade de resposta de tratamento a nível nacional (ver Tabela 21)

Tabela 21 - Movimento assistencial e indicadores de produção da rede de tratamento e internamento de alcoologia (Portugal. Ministério da Saúde. Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde, 2003, 2004, 2005)			
CONSULTAS EM ALCOOLOGIA	2003	2004	2005
Nº de consultas	26572	21909	26588
Nº consultas p/dia útil	106	88	106
Nº consultas p/ hora	18	15	18
INTERNAMENTO EM ALCOOLOGIA	2003	2004	2005
Total de camas disponíveis	136	143	139
Doentes saídos	1668	1651	1757
Dias de internamento	38730	39054	40380
Doentes saídos / cama	12	12	13
Taxa de ocupação (%)	78,0%	74,8%	79,6%
Unidades incluídas: CRA Norte (20 camas); CRA Centro (30 camas); HP Sobral Cid (16-23 camas); CRA Sul (30 camas); HP Miguel Bombarda (40-36 camas).			

4. A CRIAÇÃO DO PNRPLA - PLANO NACIONAL PARA A REDUÇÃO DOS PROBLEMAS LIGADOS AO ÁLCOOL (2007-2010)

O processo de elaboração e tomada de decisão política sobre a criação do Plano Nacional para a Redução dos Problemas Ligados do Álcool (PNRPLA) abrangeu todo o XVII Governo Constitucional liderado pelo PS (12/03/2005 - 26/10/2009). Entretanto a efetivação da tomada de decisão só aconteceu após a reeleição do Primeiro-ministro e no decorrer do XVIII Governo Constitucional liderado pelo PS (26/10/2009 - 21/06/2011). Este processo coincidiu com reestruturações organizacionais da Administração Pública da Saúde, que afetaram a condução das políticas do álcool em Portugal.

A seguir, descreve-se e analisa-se o contexto e as ações empreendidas pelos atores, governativos e político-partidários, bem como grupos de interesse e de pressão, que procuraram influenciar as políticas públicas relacionadas como os PLA. Todos fatores que determinaram a criação e o conteúdo das políticas públicas do PNRPLA.

4.1. OS SUBSÍDIOS DO PNRPLA (INPUTS)

Na segunda metade da década de 2000 houve os níveis de consumo de álcool permaneciam elevados e estáveis desde o início da década na Europa. Em Portugal, apesar de uma ligeira redução no consumo *per capita*, o que já vinha ocorrendo nas últimas décadas, a situação era semelhante. Os estímulos internacionais continuavam e tanto a OMS como a UE desenvolviam novos esforços para a implementação de políticas do álcool. Em Portugal, as condicionantes socioeconómicas, a mudança de Governo e a

necessidade de reduzir e reestruturar a Administração Pública criaram condições justificadas para se reorganizar a estrutura de coordenação das políticas do álcool e a prestação de cuidados de saúde para os PLA. Todavia esta reestruturação da Administração Pública na área dos PLA foi decidida e imposta pelo Governo central, sem uma ação ou discussão pública, consulta aos profissionais responsáveis ou estudo aprofundado do caso em particular, não foi acompanhada do apoio político e reforço de meios que permitissem o desenvolvimento pleno e célere das políticas do álcool que se encontravam estagnadas.

Assim, encontra-se nesta parte do texto, a primeira vista descontextualizada, uma completa tomada de decisão política com seus resultados práticos, classificada como um subsídio para a tomada de decisão das políticas do álcool. Isto acontece por esta decisão ser externa às políticas da saúde e às políticas do álcool, imposta por condicionantes políticas de ordem económico-financeira e administrativa, que afetariam não só as estruturas de prestação de cuidados de saúde para os PLA, mas a definição e implementação das políticas do álcool em geral.

Com as mudanças do posicionamento do Governo e dos atores da administração pública, as influências, ações e participações dos outros atores sociais se alteram, sendo os assuntos ligados às políticas públicas tratados de forma diversa da que até aqui ocorriam, mesmo quando as evidências científicas e orientações técnicas sobre o que deveria ser desenvolvido permaneciam inalteradas.

4.1.1. Contexto Social e de Saúde

- **Ambiente Externo: Incentivos das organizações europeias e internacionais na segunda metade dos anos 2000**

A nível da Região Europeia da OMS, em 2006 a criação de uma Convenção-Quadro Europeia para a Política do Álcool na Região Europeia da OMS (*Framework for alcohol policy in the WHO European Region*) (WHO Europe, 2006) sucedeu o *European Alcohol Action Plan 2000-2005* (WHO Europe, 1999) e serviu para incentivar e facilitar o desenvolvimento e implementação de políticas do álcool a nível regional e nacional. Adotada por Portugal e pelos restantes Estados-Membros, essa convenção procura iniciar uma colaboração para o desenvolvimento de uma estratégia global para reduzir o uso nocivo do álcool e propõe uma série de intervenções e opções políticas que podem ser implementadas com as devidas adaptações às circunstâncias nacionais e respetivos contextos. Vários documentos foram produzidos no decorrer dos anos seguintes com crescentes evidências científicas sobre as melhores políticas contra o consumo nocivo de álcool. Apesar disso não se encontrará muitas referências explícitas aos conteúdos aqui produzidos nas estratégias portuguesas neste período.

A nível da União Europeia, um relatório pedido pela Comissão Europeia a especialistas sobre a situação do álcool na Europa (Anderson & Baumberg, 2006) permitiu a adoção do Plano de Ação da UE - *An EU strategy to support Member States in reducing alcohol related harm* em 2006, que abordou os efeitos adversos para a saúde dos consumos de risco e abusivos de álcool, bem como as consequências danosas a nível social e económico. A estratégia era coordenada por um Comité para as Políticas e a Ação Nacional sobre Álcool (*Committee for national alcohol policy and action*). Na estratégia também ficou estabelecida a criação do Fórum Europeu Álcool e Saúde (*European Alcohol and Health Forum*) que teve início em 2007. Nesse organismo participavam como membros os representantes das ONGs e dos operadores económicos a nível europeu, com capacidade de estabelecer um papel ativo na redução dos efeitos nocivos do álcool na EU e ainda, como observadores, os seguintes representantes das instituições públicas, com o compromisso de dar apoio ao trabalho do Fórum: os Estados-Membros, o Parlamento Europeu, Comité Económico e Social, Comité das Regiões, a OMS - através do escritório regional para a Europa - e a Organização Internacional da Vinha e

do Vinho. Posteriormente, foram envolvidos também elementos da Comunidade Científica.

Os meios de comunicação²⁰³: também destacaram o impacto que a estratégia teve a nível do discurso político e a discussão em torno das suas recomendações e ações neste período:

O Parlamento Europeu (PE) propôs ontem o reforço das sanções aplicadas aos condutores em estado de embriaguez e o aumento das operações policiais para o controlo do consumo de álcool. Os eurodeputados insistiram ainda na adoção, em todos os Estados membros, de uma taxa de alcoolemia zero para os novos condutores.

Num relatório aprovado em Estrasburgo, o PE reconhece que existe, "a nível europeu, um problema de consumo de risco e nocivo de álcool, especialmente entre os jovens". Neste contexto, defendeu um maior controlo dos condutores e um reforço das sanções aplicadas pelos Estados membros aos condutores em estado de embriaguez, nomeadamente através do prolongamento do período de privação da carta de condução.

Os eurodeputados insistiram ainda na adoção de uma "taxa de alcoolemia zero" a nível europeu para os novos condutores - tal como já o tinham feito em Janeiro deste ano. Em Portugal, a taxa em vigor é de 0,5 gramas de álcool por litro de sangue.

O PE quer ainda mais campanhas de educação nos Estados membros sobre os riscos que representa o consumo de bebidas alcoólicas, em especial nas escolas, dirigidas às crianças e adolescentes.

Os eurodeputados propõem igualmente limitar o acesso dos jovens às bebidas alcoólicas e reduzir a oferta destas bebidas através da aplicação estrita da legislação em vigor que proíbe a venda de álcool a menores e a intensificação dos controlos aos vendedores e distribuidores, como restaurantes, bares, supermercados e retalhistas.

O Parlamento Europeu chama ainda a atenção para os "alcopops" - bebidas aparentemente sem álcool, apresentadas em garrafas com muita cor, mas cujo teor de álcool é por vezes tão ou mais elevado do que o da cerveja. Facilmente confundidos com meros sumos, levam a que sejam bebidos em grandes quantidades, por jovens e por vezes até mesmo por crianças.

Os eurodeputados querem garantir que a natureza alcoólica destas bebidas seja claramente identificada pelos consumidores, através de uma rotulagem mais rigorosa e de uma separação clara dos "alcopops" das bebidas sem álcool nas lojas.

Diário Notícias, 06-09-2007

A criação da estratégia europeia promoveu uma discussão alargada e defendeu a implementação de medidas efetivas a nível europeu e dos seus Estados-Membros, mas foi além disso. Foi amplamente discutida e negociada com todos os atores sociais envolvidos, incluindo aqueles da Indústria do Álcool. A Comissão Europeia sempre deu grande importância ao atores e aos aspetos económicos relacionados com a matéria. Tal como se esperava pelos alertas recebidos, inclusivamente no âmbito do relatório que deu origem a estratégia, o lançamento da estratégia foi recebido com muita resistência pelos atores sociais pertencentes à indústria e comércio do sector das bebidas alcoólicas, os quais, por interesses óbvios, se opuseram sistematicamente a quaisquer políticas restritivas na área do consumo de álcool. Acresce a isso, o facto de na UE o álcool ser visto principalmente como uma mercadoria normal e, consequentemente, como um assunto económico *stricto sensu*, e qualquer medida restritiva poder comprometer os tratados de comércio internacionais. O resultado final da estratégia, que procura um consenso alargado (o que em saúde pública não se identifica à partida como algo benéfico), acaba por relevar e não considerar como prioritárias algumas importantes evidências científicas e recomendações sobre medidas mais efetivas como maiores imposições fiscais e de preços, restrições mais rigorosas no âmbito da acessibilidade, disponibilidade e publicidade (Cunha Filho *et al.*, 2010).

Em Portugal, a estratégia para os PLA, que seria desenvolvida pelo IDT em 2008 viria a ter como principal base o plano de ação europeu, mas também o acompanharia no

²⁰³ *Diário Notícias, 06-09-2007 - Eurodeputados querem taxa zero para novos condutores. Pg. 12.*

próprio movimento de elaboração das políticas, envolvendo diversos atores na sua criação e implementação, enfermando das mesmas virtudes e dos mesmos desvios.

- **Ambiente Interno: as reestruturações da Administração Pública de Saúde e o processo de integração da alcoologia no IDT**

Desde 2003 existiram evidências de contactos entre o IDT, a DGS e os CRAs para desenvolvimento de protocolos de colaboração²⁰⁴ na abordagem dos assuntos ligados a droga por um lado e ao álcool por outro e aos diversos níveis da prevenção. Todavia, nenhuma espécie de integração ou intercâmbio de serviços e políticas ocorreu de fato.

Em 2006, o novo Governo liderado pelo PS, aprovou o Programa de Reestruturação da Administração Central do Estado (PRACE)²⁰⁵ e como consequência foi publicada no mesmo ano uma nova Lei Orgânica do Ministério da Saúde²⁰⁶ que determinou a absorção das atribuições dos 3 CRAs (Centros Regionais de Alcoologia do Centro, Norte e Sul) no Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P. (IDT), com o propósito de simplificar a estrutura orgânica existente, rentabilizando as estruturas de atendimento aos alcoólicos e expandindo a assistência a esses doentes às outras estruturas do IDT. Entretanto, a decisão de carácter eminentemente político-administrativo não foi planeada antecipadamente nem envolveu diretamente os serviços de saúde em causa (CRAs, DGS, IDT), que somente a partir daí desenvolveram ações para efetivar adequadamente a reestruturação. A integração definitiva só viria a se concretizar a partir de Maio de 2007 com a publicação da nova lei orgânica do IDT²⁰⁷. Através da publicação dos seus estatutos do IDT²⁰⁸ ainda em 2007 e, posteriormente, do seu regulamento interno²⁰⁹ em 2008, os CRAs seriam transformados em unidades de alcoologia, destinadas ao tratamento especializado dos PLA no conjunto de outros serviços de saúde que compunham a estrutura de funcionamento do IDT.

Contudo, é de referir que a prestação de serviços especializados no âmbito da alcoologia não ficou toda alocada ao IDT. Um pequeno conjunto de serviços ligados a Psiquiatria e Saúde Mental dedicava-se a este atendimento atuando paralelamente aos CRAs e contribuindo para dar resposta a população e a grupos específicos com PLA, nomeadamente os Hospitais Psiquiátricos Sobral Cid (16-23 camas) e Miguel Bombarda (40-36 camas), continuavam a existir integrados no SNS. A ligação entre o IDT e esses serviços hospitalares nunca foi formalmente tratada.

Na verdade, algumas questões sobre a ligação entre as estruturas de serviços de saúde do IDT e do SNS eram sistematicamente discutidas. Em 2008, simultaneamente a redefinição da estrutura do IDT e dos seus serviços de saúde, o Alto Comissariado da Saúde, a Coordenação Nacional para a Saúde Mental elabora o Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 (Portugal. Ministério da Saúde. Alto Comissariado da Saúde.

²⁰⁴ Documentos de Arquivo da DGS:

- 20030212_00 reunião DGS IDT_Fernando Negrão notas pessoais;
- 20030319_53 parecer protocolo IDT_DGS_CRAS
- 20030528_00a IDT_DGS anteprojecto protocolo colaboração

²⁰⁵ PORTUGAL (2006). - Resolução de Conselho de Ministros n.º 39/2006, de 30 de Março. Aprova, no âmbito do Programa de Reestruturação da Administração Central do Estado (PRACE), as orientações gerais e especiais para a reestruturação dos ministérios.

²⁰⁶ PORTUGAL (2006a) - Decreto-Lei n.º 212/2006, de 27 de Outubro. Aprova a Lei Orgânica do Ministério da Saúde.

No Artigo 26º - Criação, fusão e reestruturação de serviços e organismos (...) 2 - São extintos, sendo objeto de fusão, os seguintes serviços e organismos: (...) e) Os Centros Regionais de Alcoologia do Centro, Norte e Sul, sendo as respetivas atribuições integradas no Instituto da Droga e da Toxicodependência, I. P.

²⁰⁷ PORTUGAL (2007a) - Decreto-Lei n.º 221/2007 de 29 de Maio. Mantém o Instituto da Droga e da Toxicodependência e que passa agora a designar-se Instituto da Droga e da Toxicodependência, I. P., absorvendo as atribuições dos Centros de Alcoologia do Centro, Norte e Sul que são extintos.

²⁰⁸ PORTUGAL (2007d) Portaria n.º 648/2007 de 30 de Maio. Estatutos do Instituto da Droga e da Toxicodependência

²⁰⁹ PORTUGAL (2008) Despacho normativo n.º 51/2008 de 1 de Outubro de 2008. Regulamento de Organização e Funcionamento do IDT, I.P.

Coordenação Nacional para a Saúde Mental, 2008) voltaram a discutir o assunto. Neste, a articulação dos serviços de alcoologia do IDT com os serviços Saúde Mental é prevista e a participação dos profissionais do IDT nos atendimentos de psiquiatria, nomeadamente a nível das urgências hospitalares do SNS é discutida. Estes assuntos acabaram por assinalar a necessidade de uma maior integração dos serviços e profissionais do IDT no SNS e a proximidade que os serviços dirigidos ao uso de substâncias deveriam manter em relação a Saúde Mental.

Também a nível da prossecução das Políticas de Saúde identificou-se dificuldades de estabelecer uma articulação funcional entre o IDT e os serviços centrais do MS. Diante do quadro de mudança da Administração Pública de Saúde que afetou os CRAs e a coordenação das políticas do álcool, seria natural que as orientações em desenvolvimento sobre as políticas públicas, incluindo o “Pacote do álcool” e a definição da RAN, apresentados pela DGS à tutela do MS desde 2005, bem como os assuntos que envolviam a relação institucional com a Indústria do Álcool fossem foco de discussão e informação entre os responsáveis técnicos da área da alcoologia, a DGS e o IDT. Todavia, durante os anos de 2006 e 2007 não foram encontradas referências que demonstrassem uma articulação institucional, um conhecimento aprofundado ou algum desenvolvimento desses assuntos por parte do IDT.

4.1.2. Arena dos Atores Sociais

- **Sistema Político: Apoio e limitações dos Partidos Políticos e Governo e Administração Pública na segunda metade dos anos 2000**

Atividade dos Partidos Políticos e do Governo

O primeiro período do Governo liderado pelo PS, entre 2005 e 2007, caracterizou-se pela atenção dada às reestruturações da Administração Pública Central que atingiu também os organismos do Ministério da Saúde e posteriormente instituições do sistema de saúde de forma mais limitada. Algumas destas reestruturações dentro do SNS acabaram por afetar a permanência do Ministro da Saúde Correia de Campos que foi substituído em Janeiro de 2008 pela Ministra Ana Jorge. Neste período, as políticas do álcool receberam atenção reduzida, restringindo-se a integração dos CRAs no IDT, no âmbito do PRACE.

Os demais membros do Governo também pareceram estar mais centrados nos assuntos que lhes diz respeito em cada área, sem apresentar preocupação ou atenção especial para as questões do álcool, mesmo diante da opinião dos responsáveis e de especialistas dos PLA.

Encontra-se exemplos noticiosos objetivos desse desequilíbrio nos conflitos existentes na publicidade do álcool em atividades desportivas²¹⁰, ou na defesa do setor agrícola, de produção e venda de álcool e as políticas que procuram reduzir o consumo, mesmo em situações específicas como a condução automóvel²¹¹.

«(...) "Não me preocupa haver cervejas a patrocinar seleções, porque é legal"

Laurentino Dias, secretário de Estado da Juventude e do Desporto, defende que a legislação portuguesa sobre a publicidade ao álcool em eventos desportivos segue as linhas do que se passa no resto da Europa. E, quanto aos valores que o desporto deve promover, o secretário de Estado limita-se a dizer que não quer especular.» (...)

«- Portugal não avançará para uma posição mais radical em relação à publicidade do álcool?»

L.D. - Não. A meu ver, na área do desporto, Portugal não tem de ter posições radicais. Tem é de alinhar com os outros países europeus, por razões que têm a ver com questões económicas, financeiras e comerciais. Se Portugal avançasse sozinho para uma posição radical, as organizações desportivas ficariam seriamente

²¹⁰ *Jornal Público*, 23/07/2007. “Especialistas contra publicidade a bebidas alcoólicas no desporto”. Págs. 1, 32, 33. Escrito por Filipe Escobar de Lima.

²¹¹ *Rádio Renascença / Bloco Noticioso*, 18-03-2008, 14:00 - Jaime Silva comenta alcoolismo. Jornalista: José Bastos.

prejudicadas.

- Haver marcas de cerveja a patrocinar as seleções de futebol e rãguebi ou uma nova competição de futebol, como a Taça da liga, não o preocupa?

L.D. - Não me preocupa. Preocupava-me se fosse ilegal. Como é legal, não me preocupa.»

Jornal Público, 23/07/2007.

Jaime Silva considera que não é com proibições que se combate o problema do alcoolismo. O Ministro da Agricultura diz que é preciso obter um equilíbrio que privilegie a condução sem o consumo de álcool.

Rádio Renascença / Bloco Noticioso, 18-03-2008.

Todavia, partidos políticos de oposição ao Governo demonstravam preocupação com a ausência de informação e cobravam ações em relação às políticas do álcool e às carências criadas no quadro de reestruturação dos serviços de saúde, tanto na AR como nos meios de comunicação²¹².

«O PSD questionou hoje o Governo sobre os programas para 2008 de prevenção e combate ao alcoolismo, acusando o executivo de considerar este problema de saúde pública como “o parente menor da luta contra as toxicodependências”.

Num requerimento entregue na Assembleia da República, o grupo parlamentar do PSD solicita “informação exaustiva quanto aos programas para 2008 de prevenção e combate ao alcoolismo, por parte do Instituto da Droga e Toxicodependência, com a descrição de verbas e públicos-alvo”.

No documento, dirigido ao ministério da Saúde, os sociais-democratas recordam que, há cerca de um ano, foram extintos os centros regionais de alcoologia, sendo as suas atribuições integradas no Instituto da Droga e toxicodependência (IDT).

E, apesar da expectativa que existia com a fusão na mega estrutura do IDT de uma maior intervenção e dinamização das intervenções quer no tratamento, quer na prevenção, “infelizmente o que se verifica é a redução da missão dos ex-centros de alcoologia, transformando-os em meros centros de recuperação de alcoólicos, o que significa um retrocesso aos anos de 1970”, acrescentam os sociais-democratas. (...)

Os sociais-democratas requerem ainda informações sobre o número de alcoologistas que existem no quadro do IDT e razão porque este instituto não considera as unidades de alcoologia como centros de respostas integradas, com respostas ao nível do tratamento de doentes alcoólicos, entre outros serviços, e porque tem “minorado a sua importância no combate ao alcoolismo”.

Diário Digital, 20-12-2007

No primeiro semestre de 2008, o partido político Bloco de Esquerda voltou a se manifestar favoravelmente a uma proibição da publicidade de bebidas alcoólicas, nomeadamente quando ligada ao desporto, como já havia feito no passado, sem sucesso. Em parte, a tentativa anterior de restringir este tipo de publicidade em atividades desportivas esbarrou no campeonato de futebol do Euro 2004 e se deveu a alegações de compromissos assumidos e expectativas criadas, caracterizando o forte *lobby* da Indústria do Alcool e seus parceiros e beneficiários diretos, incluindo o Governo.

A iniciativa do Bloco de Esquerda na AR ganhou a forma de um Projeto de Lei ainda em 2005²¹³, ainda no início da Legislatura do Governo do PS, e foi retomada em 2008, quando se cobrava do Governo e dos responsáveis pelas políticas do álcool uma ação mais concreta e incisiva na esfera legislativa e de fiscalização para impedir os desvios criados para ultrapassar a lei e os princípios das políticas do álcool e da Saúde Pública.

²¹² *Diário Digital, 20-12-2007 - “AR: PSD questiona Governo sobre programas combate alcoolismo”*

²¹³ Projeto de Lei n.º 69/X/1. Autoria: BE; Primeiro Subscritor: Francisco Louçã. Título: Altera o código da publicidade proibindo a publicidade a bebidas alcoólicas nas federações desportivas, ligas profissionais, sociedades desportivas e clubes desportivos. Publicação: DAR II série A n.º 16, de 2005-05-20. Baixa comissão distribuição inicial generalidade Comissão de Educação, Ciência e Cultura: DAR II série A n.º 28, de 2005-06-25.

Durante a divulgação da sua iniciativa na imprensa²¹⁴, o Bloco de Esquerda demonstra que existe consciência da classe política sobre o que está em causa nas políticas públicas do álcool e como a Indústria do Alcool, os seus parceiros e responsáveis do Governo exercem sua influência a favor da Indústria em detrimento da Saúde Pública. A semelhança de experiências anteriores, esta iniciativa não receberia o apoio necessário, sendo retirada e Setembro de 2008²¹⁵.

«O BE vai propor novamente no Parlamento a proibição da publicidade ao álcool no desporto, estendendo-a às marcas de bebidas alcoólicas ou a marcas associadas a estas e abrangendo as ligas, sociedades e clubes desportivos.

Semanas antes do Euro 2004, o Bloco de Esquerda (BE) tentou proibir "a publicidade, sob qualquer forma, a bebidas alcoólicas nas e através das federações desportivas", mas a proposta foi rejeitada pela então maioria PSD/CDS-PP, com os votos a favor do PCP e a abstenção do PS.

Quatro anos depois, os bloquistas retomam o assunto e querem proibir a publicidade não só a bebidas alcoólicas, como "a marcas de bebidas alcoólicas ou a estas associadas explícita ou implicitamente na sua denominação comercial".

O projeto de lei do BE, que altera o Código da Publicidade, abrange, além das federações desportivas, as "ligas profissionais, sociedades desportivas e clubes desportivos".

Em declarações à agência Lusa, o deputado do BE José Soeiro disse que o seu partido quer impedir casos como a Taça da Liga/Carlsberg Cup e o patrocínio da Sagres à seleção nacional de futebol.

"Não há nenhuma perspetiva proibicionista em relação ao álcool, defendemos que as pessoas devem escolher os seus consumos. O que queremos é impedir a associação de marcas de bebidas alcoólicas ao fenómeno desportivo. É uma questão de saúde pública, de prevenção e combate ao alcoolismo", justificou.

José Soeiro acrescentou que o BE pretende também fazer face "à esperteza das empresas, sobretudo as cervejeiras, que criaram bebidas sem álcool da mesma marca para contornar a lei", que proíbe a publicidade a bebidas alcoólicas na televisão e na rádio entre as 07:00 e as 21:30 horas.

"Queremos repor a intenção dessa proibição", declarou.

O projeto de lei do BE "não prejudica a validade e eficácia dos contratos já celebrados à data da publicação do presente diploma e em execução à data da sua entrada em vigor".

Na exposição de motivos do diploma, o BE sublinha que o atual secretário de Estado da Juventude e do Desporto, Laurentino Dias, apoiou em 2004 "a proibição de publicidade a bebidas alcoólicas nos eventos desportivos, nas seleções e em tudo aquilo que tenha a ver com símbolos nacionais", desde que "não inviabilize, de um dia para o outro, projetos que estão em andamento".

Por outro lado, o BE recorda que o Governo prometeu no seu programa "promover ações destinadas a contrariar o aumento do consumo do tabaco e do álcool, sobretudo entre os mais jovens e em determinados espaços públicos" e considera incompreensível "que até agora tenha ignorado este fenómeno da associação do álcool ao futebol".»

LUSA (SAPO), 24-03-2008

«Entrevista: "Não podemos permitir a manipulação dos estilos de vida saudáveis"

O deputado do Bloco de Esquerda, José Soeiro, explica ao Meia Hora as razões que levaram o seu partido a propor ao Parlamento, mais uma vez, a proibição da publicidade às bebidas alcoólicas no desporto

O que motivou esta proposta?

"A proposta vem no seguimento daquilo que tem sido discutido na Assembleia da República no âmbito do plano de combate ao alcoolismo. Consideramos que um dos contributos é impedir que seja associada a imagem positiva do desporto as marcas de bebidas. Já há estudos de mercado que indicam, por exemplo, que o primeiro produto que as pessoas associam à seleção nacional é a cerveja - e isto é uma manipulação por parte das empresas de bebidas alcoólicas, que branqueiam os efeitos do produto quando o associam a pessoas que são saudáveis."

²¹⁴ - LUSA (SAPO), 24-03-2008 - AR: BE insiste na proibição da publicidade ao álcool no desporto.

- Jornal Meia Hora, 25-03-2008 - "Não podemos permitir a manipulação dos estilos de vida saudáveis". Pg. 15. Escrito por Cristina Espada.

²¹⁵ Projeto de Lei n.º 69/X/1 - Retirada da iniciativa: DAR II série A n.º 1, de 2008-09-18.

Pouco tempo antes do Euro 2004, o BE manifestou uma intenção semelhante que foi recusada. O que mudou?

“Em 2004, a resposta dada pelo atual secretário de Estado da Juventude e Desporto para chumbar a proposta foi a de que estávamos muito em cima do Euro e que isso poderia boicotar os patrocínios. É absurdo, porque a alteração não se repercutiria nos contratos que já estavam estabelecidos. Agora o Governo está a promover o plano de combate contra o alcoolismo e as suas consequências [mortes nas estradas, etc.] e isto não pode parar mesmo que choque com o lobby das grandes empresas. Quando se alterou o Código da Publicidade não se teve coragem de ir até onde se poderia ir, mas não podemos permitir que as empresas manipulem os valores do estilo de vida saudável para fins promocionais. As cervejeiras chegaram ao ponto de anunciar produtos sem álcool para fazer publicidade à marca, quando se restringiu a publicidade em determinados horários.”

Quando será discutida a proposta?

“A proposta será entregue amanhã na Assembleia da República e a discussão agendada num prazo máximo de dois meses.”

Jornal Meia Hora, 25-03-2008

Situações sociais ligadas aos PLA em áreas diversas, também continuavam a suscitar intervenções das forças políticas a nível local, que defendiam publicamente a adoção de medidas mais duras, como na condução²¹⁶ ou na venda e consumo em público²¹⁷, entre outras, apesar de encontrarem oposição de grupos setoriais da Indústria do Alcool e passividade das autoridades do Governo.

«Sete anos depois, o Partido Socialista (PS) pretende mexer na legislação relativa à taxa de alcoolemia. Numa proposta apresentada pela Assembleia Regional dos Açores, os socialistas querem que seja aprovado um decreto-lei que baixe a taxa de álcool no sangue para 0,3 gramas/litro para pessoas que tenham carta de condução há menos de dois anos e para os motoristas profissionais.

Na realidade, a medida está prevista há oito anos no Plano de Ação Contra o Alcoolismo, aprovado pelo Governo de António Guterres, mas nunca foi posta em prática. Destaque-se que da última vez que o Estado tentou baixar a taxa de álcool permitida no sangue, o assunto foi muito contestado e polémico. (...)

O político afirma que desta vez o tema não trará polémica “porque pretendemos que a medida seja implementada numa franja específica da população”. “E, para todos os efeitos, todos sabemos os números referentes à sinistralidade no nosso país e da necessidade de serem tomadas medidas urgentes”, frisou.

No entanto, a Confederação dos Agricultores de Portugal (CAP), em comunicado, manifestou-se “contra a redução» da taxa, argumentando que «para além de legislar, o Estado tem de reforçar a fiscalização”. Jorge Fão não estranhou esta posição, pois “esta medida poderá ir contra os interesses da CAP”.»

Jornal Destak, 27-05-2008

«A chegada em massa de jovens espanhóis para festas noturnas nas praias algarvias está a preocupar Macário Correia, autarca de Tavira, que pediu recentemente ao Governo uma legislação mais severa à semelhança da lei aplicada em Espanha.

Na Andaluzia, as pessoas estão proibidas por lei, desde 2006, de consumirem álcool em grupos em espaços abertos, os chamados “botellones”, nomeadamente nas praias, o que faz com que muitas centenas de jovens andaluzes rumem para o Algarve à procura de diversão noturna, disse à Lusa Macário Correia.

Na Ilha de Tavira o “vandalismo é todas as noites. Vêm em grupos e munidos de arcas frigoríficas com bebidas brancas” para depois se embebedarem e ficarem a dormir até de manhã nas espreguiçadeiras alugadas pelos turistas, acrescenta o autarca. (...)

Macário Correia, que já escreveu uma carta ao ministro da Administração Interna e à Governadora Civil de Faro, considera que a legislação portuguesa é “frouxa” em relação ao fenómeno do alcoolismo noturno em espaços públicos que provocam desordem pública, nomeadamente nas discotecas que surgem no Verão nas praias algarvias, e por isso defende uma legislação mais severa e semelhante à da Andaluzia, no Sul de Espanha.

“É preciso criar normas que deem capacidade de intervenção às forças de segurança, aos municípios e aos

²¹⁶ *Jornal Destak, 27-05-2008 - Taxa mais baixa nos dois primeiros anos. Pg. 1 e 7. Escrito por Marta Araújo.*

²¹⁷ *Diário Digital, 12-08-2008 - Algarve: Alcoolismo noturno de jovens espanhóis preocupa Macário Correia.*

demais poderes para que se possam evitar o fenómeno do alcoolismo”, apela o autarca de Tavira.»

Diário Digital, 12-08-2008

A atividade do IDT

A direção do IDT demonstrou dificuldades de posicionamento nas políticas públicas do álcool durante os primeiros anos em que assumiu a gestão dos PLA. Como consequência se teve uma ainda maior ausência de intervenções na área, já identificadas como necessárias anteriormente, nomeadamente diante de situações de notório desrespeito pelas estratégias de saúde já traçadas. Em parte, esta atitude institucional encontrou explicação na ainda não assumida autoridade para atuar a este nível.

O melhor exemplo deste desencontro foi identificado a nível da restrição da publicidade do álcool, envolvendo, atores envolvidos com a Indústria do Alcool, outras figuras do Governo e o presidente do IDT²¹⁸. Assiste-se a um desdobrar de opiniões e orientações simultâneas, por um lado técnicas, justificando a necessidade de revisão da lei e do enquadramento da publicidade ao álcool em geral, por outro lado políticas, justificando a inação com o período de reorganização da orgânica que tutelava esta área.

«(...) João Goulão, do Instituto da Droga e da Toxicodependência, reconhece que medidas futuras de prevenção à entrada de anúncios e anunciantes de bebidas alcoólicas ainda estão longe de ser criadas, até porque o combate ao alcoolismo passou da tutela da DGS para o IDT. “O período de mudança e de alterações orgânicas do próprio ministério não nos permite neste momento ter uma clarificação acerca das consequências nesta área”.»

Jornal Público, 23/07/2007.

Jornal Público, 23/07/2007. “Especialistas contra publicidade a bebidas alcoólicas no desporto”. Págs. 1, 32, 33. Escrito por Filipe Escobar de Lima.

(...) «“Enquanto técnico desta área e responsável do Instituto (IDT) penso que todos estes patrocínios e todas estas formas de publicidade às bebidas alcoólicas merecem uma revisão.

Mesmo as formas de publicidade encapotada - até as cervejas sem álcool que passam até às dez da noite [na televisão], as mensagens subliminares e o estímulo ao consumo continuam.

Faz sentido que haja uma revisão de todo este enquadramento”, diz João Goulão, presidente do IDT.»

As alegações mais referenciadas para uma ação limitada diziam respeito a clarificação da delegação de competências para o desenvolvimento das políticas públicas do álcool, apesar dos CRAs, em conjunto com a DGS, terem essas competências e muita atividade anterior junto da tutela do MS e do Governo. Esta situação se manteve desde 2006 e só se clarificou após a publicação na nova lei orgânica do IDT em 2007 e a reestruturação completa dos serviços que se estendeu até 2008, mas marcou um fraco arranque das políticas do álcool nesta nova fase, acompanhando um desinteresse do Governo em abordar as políticas do álcool do ponto de vista da Saúde Pública.

Esta ausência de um posicionamento claro e objetivo do IDT deu a entender que o organismo não havia assimilado totalmente uma defesa dos assuntos de acordo com o estado da arte da Saúde Pública existente, bem como assumido a continuidade da abordagem desenvolvida até então pela DGS.

Em 2008, ainda sem uma política definida ou plano de ação formulado, o IDT já desenvolvia algumas ações através dos seus serviços descentralizados em colaboração com ONGs locais. As iniciativas eram uma expansão de intervenções feitas na área das

²¹⁸ *Jornal Público, 23/07/2007. “Especialistas contra publicidade a bebidas alcoólicas no desporto”. Págs. 1, 32, 33. Escrito por Filipe Escobar de Lima.*

drogas ilícitas, que agora incluíam o álcool quando adequado, como no caso do consumo excessivo de álcool dos estudantes do ensino superior nas festas académicas²¹⁹.

«Estudantes do ensino superior, acompanhados por técnicos do Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT), vão alertar os colegas para os riscos do consumo de substâncias psicoativas em ações a decorrer durante a Semana Académica.

A ação de rua, que decorrerá entre hoje e quinta-feira, em Santarém, insere-se no Programa de Redução de Riscos em contexto universitário lançado a nível nacional pelo IDT. Segundo o Governo Civil de Santarém, parceiro no projeto, o abuso do álcool é "uma realidade preocupante na população mais jovem do distrito".»

Jornal 24 Horas, 13-05-2008

«O Instituto da Droga e das Toxicodependências (IDT) realizou esta semana uma campanha de sensibilização destinada aos comportamentos associados ao consumo de bebidas alcoólicas e que foi desenvolvida com o apoio do Governo Civil. A iniciativa teve lugar entre os dias 13 e 15, no espaço da Semana Académica de Santarém.

Considerando a evidência de um padrão de consumo preocupante, associado aos alunos do ensino superior, o IDT lançou, a nível nacional, um Programa de Redução de Riscos em contexto universitário. Este programa defende a constituição e a formação inicial de um grupo de estudantes universitários, os quais, em conjunto com uma equipa técnica do IDT, promoveram durante a Semana Académica, uma abordagem de rua junto de outros jovens, frequentadores dos espaços de animação.

As campanhas de rua têm como objetivo evitar comportamentos de risco associados ao consumo de substâncias psicoativas, nomeadamente o abuso do álcool, que se regista como uma realidade preocupante na população mais jovem do nosso Distrito.»

Jornal O Ribatejo, 16-05-2008

A atividade de integração e reestruturação dos CRAs no IDT

Contrariando a ação geral para o desenvolvimento das políticas do álcool, a reestruturação dos serviços especializados de tratamento (CRAs) avançou neste período, sendo o foco da atividade do IDT na área dos PLA.

O IDT já havia sido alvo de uma reorganização interna em 2005, após a nova direção ter assumido funções com a entrada de um novo governo. Esta reorganização visava uma melhor integração dos diversos setores de atuação da sua estrutura, oriundos da fusão do SPTT (Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicodependência, MS) com o IPDT (Instituto Português da Droga e da Toxicodependência, Presidência do Conselho de Ministros) em 2002²²⁰. Nesta altura, ainda era cogitada uma integração dos PLA na missão do IDT.

A partir de Outubro de 2006, com a publicação da nova lei orgânica do MS que definia a entrega ao IDT das atribuições dos CRAs, uma série de medidas e intervenções se desenvolveram em função de adaptar esses serviços a estrutura do IDT. Esse processo de integração dos CRAs se estenderia em termos legislativos até 2008.

Em 2007 já se vê os primeiros efeitos dessa fusão com a abertura para o atendimento a alcoólicos nos Centros de Atendimento a Toxicodependentes (CAT), mantendo-se os CRAs com o seu funcionamento inalterado e em compasso de espera, mesmo após aprovação da Lei Orgânica do IDT, enquanto não eram definidos, através de regulamento interno, as funções que cada unidade de saúde desempenharia, como se confirma no discurso do responsável pelo IDT nos meios de comunicação²²¹.

²¹⁹ - *Jornal 24 Horas, 13-05-2008 - Campanha contra os excessos. Pg. 18.*

- *Jornal O Ribatejo, 16-05-2008 - Campanha contra excessos de álcool nos estudantes. Pg. 14.*

²²⁰ Decreto-Lei nº 269-A/2002, de 29 de novembro. Cria o Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT).

²²¹ - *Jornal Correio Manhã, 20-05-2007 – “Taipas alargam tratamento”. Pg. 22. Escrito por Rui Arala Chaves.*

- *Jornal Público, 30-05-2007 - Centros de alcoologia integrados no IDT em Junho. Pg. 10.*

«(...) devido a um protocolo assinado com o Hospital Júlio de Matos e seguindo a política adotada pelo Governo para esta área, o CAT das Taipas deixou de atender exclusivamente toxicodependentes e alargou a assistência a alcoólicos e outros pacientes de doenças associadas ao abuso de substâncias: psicoses, neuroses e depressões.»

Jornal Correio Manhã, 20-05-2007

«A lei orgânica do Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT) foi ontem publicada em Diário da República, o que vem permitir concretizar a anunciada integração dos três centros regionais de alcoologia nos serviços desta entidade.

Os centros passarão para a tutela do instituto "ao longo do mês de Junho", confirmou ontem o presidente do IDT, João Goulão. Os pormenores do processo "não estão definidos".

O que se sabe é que a ideia geral é envolver os 53 centros de atendimento a toxicodependentes (CAT) no tratamento de alcoólicos, mantendo três unidades especializadas em alcoologia (os atuais centros regionais). Tudo em articulação com os cuidados de saúde primários.(...)»

Jornal Público, 30-05-2007

«Apesar de extinto há quase 10 meses, o Centro Regional de Alcoologia de Coimbra continua a funcionar. A transferência de competências para o Instituto da Droga e da Toxicodependência encontra-se numa fase embrionária

Quase 10 meses depois da publicação da nova lei orgânica do Ministério da Saúde que extinguiu os centros regionais de alcoologia (CRA), entre os quais o de Coimbra, passando as competências para o Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT), ainda não se conhecem resultados práticos.

«Só com a nova lei orgânica do IDT, publicada em 29 de Maio último, se começou o processo de integração», justifica João Goulão, presidente deste organismo, adiantando que está a ser elaborado um novo regulamento de funcionamento interno. «Em termos de impacto, ainda não há qualquer tradução prática», acrescenta.

Em termos práticos, os CRA continuam a funcionar e João Goulão garante que vão manter a sua «especificidade» no atendimento ao doente alcoólico. «Estamos a preparar as equipas dos Centros de Resposta Integrada, que atuam numa primeira linha. Os centros de alcoologia continuam a receber os casos mais complicados», explica

João Goulão fala na necessidade de se entrar em «velocidade cruzeiro», remetendo, assim, para daqui a meio ano um primeiro balanço desta nova realidade no organismo a que preside. Garante, todavia, que apesar de existirem lacunas nas respostas ao tratamento de alcoólicos, o IDT não fará «tábua rasa» do trabalho desenvolvido nos CRA.»

Diário de Coimbra, 23-08-2007

Em Maio de 2007, a lei orgânica e os estatutos do IDT foram publicados, pondo em discussão as questões sobre a estrutura da direção do instituto e a participação de todos os responsáveis nesta. A definição dos serviços de saúde descentralizados da área da alcoologia seria alvo de regulamento interno posterior e seriam também alvo de preocupação nos meses seguintes.

Os primeiros sinais públicos de que existiam problemas insanáveis na definição do papel dos ex-CRAs na estrutura do IDT começaram a ocorrer meses depois e no final de 2007 acabou por gerar a demissão dos diretores dos CRAs, que manifestavam descontentamento em relação ao seu afastamento dos centros de decisão do IDT e as condições de assistência existentes nos centros de alcoologia, que se foram deteriorando com a retirada da autonomia financeira e a gestão desenvolvida pelo IDT, como se tornou notícia na comunicação social²²².

- Diário de Coimbra, 23-08-2007 - Centro de Alcoologia a funcionar 10 meses depois de ter sido extinto. Pg. 1, 3. Escrito por Paulo Cardantas.

²²² - Jornal Notícias, 06-12-2007 - Centros de alcoologia contestam autismo do Instituto da Droga. Pg. 6. Escrito por Alexandra Marques

- RTP Online, 06-12-2007, 15:15 - Alcoologia: Ministro da Saúde desvaloriza demissões de diretores.

«Diretores dos três Centros Regionais de Alcoologia demitiram-se em protesto contra novo regulamento do IDT que será entregue a Correia de Campos. Médicos alegam que a falta de meios lesa os utentes e já diminuiu o número de consultas

Os diretores dos três Centros Regionais de Alcoologia existentes no país demitiram-se ontem em bloco, em protesto contra a proposta de regulamento do Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT), do qual dependem desde Outubro de 2006. Segundo alegam, a proposta considera as unidades de Lisboa, Porto e Coimbra "como meras equipas de tratamento, sem lhes conferir o estatuto e a dignidade que foram dados, por exemplo, ao Centro das Taipas", em Lisboa.

"Não somos ouvidos nem consultados pelo IDT. Há uma insensibilidade por parte da direção do IDT e houve uma degradação geral dos serviços com a saída de funcionários, a diminuição das consultas, imensa burocracia e não temos um só computador que funcione", disse ao JN, Domingos Neto, diretor do Centro Regional de Alcoologia (CRA) do Sul.

Rui Moreira, que dirige o CRA do Norte, junta a sua indignação à do colega. "Desde que fomos integrados no IDT até hoje, nunca o instituto quis ouvir os diretores dos serviços de alcoologia, nem o que pensamos ou a estratégia que defendemos", refere este médico, há três anos à frente da unidade localizada no Porto.

Também Augusto Pinto, que dirige o CRA do Centro, com sede em Coimbra, abandonou funções; Em conjunto, apelam ao ministro da Saúde, Correia de Campos, para que "salvague o património da alcoologia", antes de aprovar o novo regulamento do IDT, que em breve lhe será entregue.

Estes médicos - que há anos dão consultas e acompanham o tratamento de doentes alcoólicos segundo uma metodologia de proximidade, criada em 1988 -, não aceitam que lhes tenham sido retiradas a investigação, formação e prevenção da alcoologia.

Estas áreas passarão para os Centros de Resposta Integrada (CRI) cujo modelo de funcionamento, diz Rui Moreira, era seguido pelos CRA.

Reclamar um estatuto

Se o regulamento for aprovado, passarão a estar na dependência de um único diretor. E por isso, reclamam que lhes "seja conferido o mesmo estatuto das CRI. Como exemplo, Domingos Neto refere o diagnóstico nacional da doença "que foi completamente ignorado pelo IDT".

E aponta também "os três cursos de formação que o IDT pediu que fizéssemos este ano para ajudar a preparar os funcionários dos 40 Centros de Atendimento a Toxicodependentes (CAT) que existem e mandaram-nos parar".

A decorrer está um abaixo-assinado de protesto, na tentativa de sensibilizar o ministro da pasta para o que está a acontecer; "Estamos a andar para trás e não para a frente, que deveria ser o objetivo", afirma Domingos Neto. "Estamos revoltados porque trabalhamos que nem doidos e ainda nos tiram condições", diz, por sua vez, Rui Moreira, que alega ter o Centro das Taipas menos anos e prestígio do que os CRA.»

Jornal Notícias, 06-12-2007

«Bruxelas, 06 Dez (Lusa) - O ministro da Saúde, Correia de Campos, desvalorizou hoje, em Bruxelas, a demissão dos diretores dos três Centros Regionais de Alcoologia, considerando que este não é um problema da tutela.

"Os centros funcionavam de forma autónoma, separada, e entendemos que deviam ser integrados no Instituto da Droga e da Toxicodependência", disse o ministro, salientando ser natural haver uma reação de quem "sente que perde poder e autonomia".

"Não é propriamente um problema do ministério", adiantou António Correia de Campos, salientando ainda que a tutela mantém "todo o gosto em trabalhar com eles".

"Se, porventura, desejarem sair, temos no ministério gente com quem podemos trabalhar", sublinhou, à margem do último Conselho de Ministros da Saúde a que presidiu.

O presidente do Instituto Português da Droga (IDT) confirmou hoje a demissão dos diretores dos três diretores dos Centros Regionais de Alcoologia, mas recusou a acusação de falta de diálogo, apontada como uma das causas para as renúncias. (...)»

RTP Online, 06-12-2007, 15:15

Na prática, os problemas de funcionamento que se foram instalando eram preocupantes e afetavam a capacidade e qualidade dos serviços de saúde, bem como a própria

expansão pretendida pela fusão. Em parte, a situação denunciada pelos diretores dos CRAs que se demitiram, viria a ser confirmada publicamente²²³ pelo próprio responsável do IDT alguns meses depois, quando novas direções já estavam a frente das unidades de alcoologia.

«Segundo o mesmo responsável (João Goulão), os maiores constrangimentos com que se debatem têm a ver com a necessidade de recrutar mais recursos humanos "porque sentimos necessidade disso", sobretudo depois de lhe terem sido dadas novas atribuições em matéria de luta contra o álcool. Foram integrados no IDT, os três centros regionais de alcoologia que existiam, "como tal a nossa perspetiva é pôr toda a rede de estruturas do IDT a abordar também a problemática do álcool, mantendo os antigos centros regionais de alcoologia agora transformados em unidades de alcoologia, com a sua especificidade e a sua especialização como unidades de retaguarda de toda a estrutura do IDT para esta abordagem", explicitou.

João Goulão sublinhou ainda como determinante para o sucesso das práticas do CRI, agora inaugurado, "a continuação da relação que até então têm sido mantidas com os cuidados de saúde primários, constituída pelos centros de saúde, para fazer a primeira abordagem, assumindo-se o IDT como um instituto especializado na abordagem de todas as dependências, agora também no caso do álcool".»

Jornal Diário Sul, 22-04-2008

A principal razão que parecia ter levado a demissão dos diretores do ex-CRAs era o fato de ter sido retirada da alçada dos CRAs áreas de intervenção como a prevenção, cuidados na comunidade, formação e investigação. Em alternativa, essas unidades reivindicavam um estatuto semelhante ao dos Centros de Respostas Integradas (CRIs) que permitiria manter a maior parte das suas valências e competências. Também, em consequência dessa situação, ficaria espalhada a atividade ligada a alcoologia, o que dificultaria a sua coordenação sem uma participação e presença dos responsáveis pela alcoologia a nível da gestão do IDT. Por sua vez, o motivo que marcou mais essa posição foi o destes dirigentes estarem excluídos das tomadas de decisões e diminuídos no seu estatuto e funções na governação.

Por outro lado, a atitude do Ministro da Saúde (já desgastado com problemas no SNS que levariam a sua demissão em Janeiro de 2008), de acompanhar a direção do IDT demonstrou a falta de vontade política para reverter a situação ou valorizar o papel dos ex-dirigentes na governação, deixando perceber que a substituição desses elementos poderia ser conveniente para a reestruturação dos serviços.

Neste ponto, a rutura não se restringia ao tratamento ou à prestação de cuidados de saúde. Toda a abordagem estratégica das políticas do álcool que tinha sido desenvolvida durante anos pelos responsáveis da DGS, em colaboração como os dos CRAs, tinha findado com o afastamento destes atores e uma nova abordagem, com novos atores responsáveis e novos parâmetros necessitava ser desenvolvida.

Apesar da discussão sobre as condições de funcionamento dos serviços de alcoologia ter gerado problemas políticos, de gestão dos serviços e de queixas dos atores sociais da comunidade de saúde, a situação se prolongou por tempo excessivo e as justificações do responsável do IDT se mantiveram como resposta às denúncias dos especialistas e da comunidade da área da alcoologia²²⁴, demonstrando as dificuldades existentes e uma notória falta de apoio na priorização da mudança, desde a integração até a reestruturação dos serviços do IDT.

"Sentimos algumas limitações decorrentes da dificuldade em recrutar novos profissionais, mas já estamos em condições de as ultrapassar, mercê da aprovação do novo mapa de pessoal", reagiu o presidente do IDT, João Goulão. De acordo com este responsável, "a atividade dos centros de alcoologia continua a ser desenvolvida pelas novas unidades de alcoologia, mas agora enriquecida por uma estrutura mais alargada".

²²³ *Jornal Diário Sul, 22-04-2008 - Vencer a toxicodependência e o álcool no distrito. Pg. 1 e 7. Escrito por Maria Antónia Zacarias*

²²⁴ *Jornal Público, 23/07/2007. "Especialistas contra publicidade a bebidas alcoólicas no desporto". Págs. 1, 32, 33. Escrito por Filipe Escobar de Lima.*

De resto, os técnicos do IDT têm vindo a receber formação na área da alcoologia, "num processo que ficará concluído até ao final do ano".

Aliás, concluiu Goulão, "no dia 25 de Junho, haverá um fórum para discussão dos problemas relacionados com o álcool, que irá lançar as bases para o plano estratégico na área da alcoologia para o período entre 2009 e 2012".

Jornal Público, 10-06-2008

A definição dos serviços descentralizados do IDT, incluindo as unidades de alcoologia e sua inserção na estrutura do IDT só viria a ocorrer em Outubro de 2008 com a publicação do regulamento interno do IDT²²⁵, passados cerca de 2 anos da publicação da lei orgânica do MS onde era indicada a incorporação dos CRAs no IDT.

- **Sociedade Civil, ONGs e Comunidade de Saúde: Pedidos e exigências da Comunidade de Saúde na segunda metade dos anos 2000**

Durante o período de transição das políticas do álcool entre a DGS e o IDT, alguns atores da Saúde manifestaram publicamente as suas posições e desacordos em relação a situações existentes em algumas áreas ligadas às bebidas alcoólicas, como a da publicidade no desporto²²⁶, referindo que as políticas do álcool que foram previstas durante os anos passados deveriam ser melhor implementadas e que uma das razões para a situação se devia aos fortes interesses económicos instalados, ao *lobbying* e a cedência por parte dos responsáveis e representantes do desporto.

«A lei é nebulosa. Mas o espírito era que não houvesse associação de bebidas alcoólicas a símbolos nacionais e às próprias seleções quando se trata de desporto», defendeu ao PÚBLICO João Breda, técnico especialista em alcoologia, pertencente à DGS.

"Era preciso ser claro nas mensagens de moderação. Associar bebidas alcoólicas com atividade desportiva, e sobretudo com alta competição, não faz nenhum sentido", continua Breda. Esse já era o objetivo do Plano de Ação contra o Alcoolismo, uma resolução do Conselho de Ministros aprovada em Novembro de 2000, na altura no Governo de António Guterres. Lançava medidas que, se levadas à prática, impediriam este tipo de patrocínios.»

Jornal Público, 23/07/2007

«O alcoolismo é a maior toxicodependência dos portugueses, está escrito no Plano de Ação contra o Alcoolismo, então elaborado por um governo PS, partido que está hoje à frente do país. "Os últimos dados têm sido quase consistentes a apontar para quase 90 por cento dos jovens com 18 anos a consumir bebidas alcoólicas. Tendencialmente, estamos a caminhar para que quase toda a população use bebidas alcoólicas", diz Augusto Pinto, presidente do Centro Regional de Alcoologia do Centro (CRAC).

"O álcool é sempre um tóxico. As mulheres estão a consumir tanto quanto os homens - isto não era assim há dez e há 20 anos. Mais de metade da população com menos de 16 anos, cerca de 70 por cento, consome bebidas alcoólicas e não há nem aplicação nem vigilância da lei, que impeça o consumo a menores de 16", alerta Augusto Pinto. Para o dirigente do CRAC, para quem "é lamentável que o patrocínio de bebidas alcoólicas aconteça no nosso país", são os lobbies que condicionam os patrocínios.

"São fortes os lobbies do álcool, a parte económica e a capacidade económica que estas instituições conseguem gerar, na manutenção da visibilidade destas bebidas, que inclui vários desportistas de grande credibilidade junto do nosso público em geral e jovem em particular."»

Jornal Público, 23/07/2007

Já em meados de 2008, com o processo de absorção dos CRAs pelo IDT em estado avançado, o psiquiatra Daniel Sampaio denunciava publicamente a ausência prolongada de uma ação nas políticas do álcool e da disponibilização de respostas para os PLA. Nesta altura dirige críticas específicas em relação a forma como a integração dos CRAs

²²⁵, PORTUGAL (2008) Despacho normativo n.º 51/2008 de 1 de Outubro de 2008. Regulamento de Organização e Funcionamento do IDT, I.P..

²²⁶ *Jornal Público*, 23/07/2007. "Especialistas contra publicidade a bebidas alcoólicas no desporto". Págs. 1, 32, 33. Escrito por Filipe Escobar de Lima.

foi feita no IDT e refere o redirecionamento dos serviços de atendimento para os PLA como a orientação que justificava a integração. Acompanhava estas declarações tanto críticas de atores que pertenciam a comunidade de utentes dos serviços, como os ex-dirigentes dos CRAs que agora constataavam o que temiam acontecer. A resposta justificativa do responsável do IDT confirmava a situação, mas previa a sua rápida resolução, bem como anunciava para breve como o lançamento de um fórum de discussão para a criação de um plano estratégico.

Portugal continua sem ter respostas suficientes para combater o problema do alcoolismo, denunciou o psiquiatra Daniel Sampaio. Numa altura em que se assinala um ano desde a integração dos centros regionais de alcoologia no Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT), o psiquiatra sustenta que a lacuna é tanto mais grave quanto se sabe que, à boleia da dependência alcoólica que afeta meio milhão de portugueses, surgem problemas como a violência doméstica.

"Não houve qualquer melhoria na resposta ao alcoolismo e, portanto, a questão que devemos colocar é o que é que se está a passar em Portugal nesta matéria", declarou, criticando a forma como decorreu a integração dos centros de alcoologia no IDT.

"A ideia de integrar os centros no IDT era corretíssima, mas devia ter ido no sentido de dar mais condições aos alcoologistas e de aproveitar os técnicos do IDT para potenciar o tratamento do alcoolismo", preconizou, explicando que tal integração se justificava porque "o número de consultas no IDT baixou muito, à medida que a dependência da heroína foi dando lugar a outro tipo de drogas".

Também para Carlos Brito, presidente do Centro de Alcoólicos Recuperados da Guarda, a integração dos centros regionais de alcoologia no IDT não trouxe benefícios para os utentes. "Os alcoólicos em recuperação sentem-se estigmatizados quando se veem associados à droga", aponta, dizendo que, na Região Centro, a solução foi retirar a referência ao Instituto da Droga e da Toxicodependência das vinhetas médicas.

"De outro modo, os doentes iam andar quilómetros para aviar uma receita longe do sítio onde moram".

Para o ex-diretor do Centro de Alcoologia do Sul, Domingos Neto, confirmaram-se os piores receios. "O IDT deixou de emitir números sobre doentes assistidos e, portanto, não sei dizer se aumentou ou diminuiu. Mas, pelo menos nos antigos centros de alcoologia, sei que diminuiu drasticamente e, que saiba, não houve progressos noutros sectores para compensar essa diminuição", declarou.

Jornal Público, 10-06-2008 - Portugal "continua sem respostas" para o alcoolismo mas IDT anuncia plano estratégico para 2009-2012. Pg. 13. Escrito por Natália Faria.

- **Indústria do Alcool: Apoios e limitações estratégicas impostas pela Indústria do Alcool na segunda metade dos anos 2000**

Na altura em que a responsabilidade pelas políticas do álcool se encontravam em transição e atores sociais políticos e da saúde se manifestaram sobre a publicidade no desporto, representantes e beneficiários diretos da estratégia da Indústria do Alcool apresentam os argumentos típicos e compromissos assumidos para defender e proteger seus interesses e conformar a opinião pública. O próprio representante da liga de futebol em Portugal age como representante e defensor da Indústria do Alcool e da sua estratégia de marketing quando questionado nos meios de comunicação social.

«Hermínio Loureiro, presidente da Liga Portuguesa de Futebol Profissional, realça que os "patrocínios são um bem escasso" e que é preciso "não ser fundamentalista". "As empresas têm um papel importante na responsabilidade social, mas as pessoas que gostam de desporto têm de ter em conta que sem patrocinadores é impossível atingir objetivos." Além de salientar que o acordo da Liga foi assinado com a Unicer - "empresa que tem um leque variado de marcas, incluindo a água Vitalis", que patrocina a Liga de Honra -, Loureiro destaca que não se trata de uma realidade nacional, até porque a "Carlsberg patrocina o Euro 2008 e está em negociações para o Euro 2012". "Não tenho qualquer problema ético [com a ligação do álcool ao desporto]. É preciso é ter moderação e ter um comportamento responsável." Joaquim Evangelista, presidente do Sindicato de Jogadores, admite que ter bebidas alcoólicas como patrocinadoras é "contraditório" com os valores a promover pelo desporto, mas salienta que "esta lógica economicista é inevitável": "São os sponsors que sustentam o futebol profissional."»

Jornal Público, 23/07/2007. "Especialistas contra publicidade a bebidas alcoólicas no desporto". Págs. 1, 32, 33. Escrito por Filipe Escobar de Lima.

A Indústria do Álcool começa também, nesta altura de relativo vazio da intervenção política nos PLA, a fazer suas primeiras incursões explícitas de intervenção nas políticas do álcool, pretendendo se apresentar publicamente como um observador dos PLA e relator de políticas públicas, papel reservado aqueles que representam e tem como missão a defesa do Bem-Público e da Saúde, ou seja o Estado, coadjuvado pelas ONGs reconhecidas como de utilidade pública e representativas da Sociedade Civil.

«O consumo de bebidas com álcool tem agora um Observatório Permanente. Criado pela Federação das Confrarias Béquicas de Portugal, no passado dia 27, o Observatório deverá publicar um relatório anual, informando sobre as consequências do consumo de bebidas alcoólicas, e apresentar conclusões úteis para a formulação das políticas do sector. Para além disso, o objetivo é apelar à participação dos cidadãos interessados no tema.

Segundo o documento de constituição do Observatório, "não há informações credíveis e oportunas por parte dos vários sectores envolvidos na avaliação das consequências deste consumo [de bebidas alcoólicas] ". Daí a dificuldade que os responsáveis políticos têm em "elaborar leis e regulamentos para o sector vitivinícola".»

Jornal Notícias, 30-11-2007 - Observatório alerta para o álcool. Pg. 23.

Não se tem notícias de ter havido algum contacto entre os representantes da Indústria e os novos responsáveis das políticas do álcool – IDT - na sequência da ação empreendida em Outubro de 2006 junto do MS e da DGS. Todavia, após a aprovação da estratégia europeia - *EU strategy to support Member States in reducing alcohol related harm* - e a criação do “Fórum Europeu Álcool e Saúde” entre 2006 e 2007 (European Commission, 2006), as propostas apresentadas pela Indústria ao MS não teriam uma contrapartida a nível do posicionamento de Portugal na conceção da estratégia europeia, restando, ainda assim, espaço para estabelecer uma base de trabalho a desenvolver no futuro.

A estratégia europeia foi desenvolvida com interferências da Indústria do Álcool, que fez *lobbying* junto das instituições e atores políticos e participou ativamente nos acontecimentos de antes e depois da criação do Fórum Europeu Álcool e Saúde. Neste sentido, seria natural que, em Portugal, a adoção da estratégia como base de trabalho para o IDT resultasse em benefícios para o posicionamento e as atividades da Indústria do Álcool junto das autoridades responsáveis pelas políticas do álcool, como se verificou.

4.2. A ATIVIDADE DE CONSTRUÇÃO DO PNRPLA POSSÍVEL (WITHINPUTS)

Sendo os PLA uma área deficitária de recursos e meios e que não recebeu o apoio governamental necessário durante anos, a mudança estrutural proposta pelo Governo a partir de 2006 de integrar a alcoologia no IDT tinha a mais-valia de beneficiar esta área através dos recursos e meios da estrutura vertical de prestação de cuidados de saúde do IDT. Todavia, a mudança não foi pensada antecipadamente em função da prestação de cuidados, ocorrendo a partir da decisão política de redução das estruturas da Administração Pública. Como consequência, a mudança trouxe dificuldades acrescidas de adaptação dos serviços e harmonização dessas estruturas que perduraram por cerca de dois anos. Somente no final deste processo legal e administrativo em 2008, com o IDT reestruturado e assumindo as suas atribuições para produzir orientações políticas na área da alcoologia, foi iniciada uma fase de elaboração de um novo plano para os PLA.

O novo plano para os PLA foi elaborado no seio do IDT, teve como base a *EU strategy to support Member States in reducing alcohol related harm*, e contou com a participação dos serviços da Administração Pública de outros ministérios e com a colaboração de ONGs e operadores da Indústria do Álcool.

O plano foi desenhado, em parte, em função da estrutura criada no âmbito do IDT e do seu desenvolvimento. Isso fez com que o início da construção das políticas públicas do álcool fosse adiado e depois se estendesse excessivamente até o fim da década.

Desde a elaboração de uma proposta de plano, em 2008, até que se decidisse pela aprovação do documento final em sede de Conselho Interministerial, em Maio de 2010, decorreram dois anos. Daí em diante, o plano deveria ser implementado até 2012.

4.2.1. Contexto Social e de Saúde

- **Ambiente Interno: Iniciativas nacionais para uma política do álcool**

O contexto do XVII Governo Constitucional liderado pelo PS (12/03/2005 - 26/10/2009) aparentava uma relativa estabilidade governativa, apoiada por uma maioria parlamentar. A reestruturação do Sistema de Saúde, no contexto do Programa de Reestruturação da Administração Central do Estado (PRACE)²²⁷ ocupou boa parte da ação do Governo e do Ministério da Saúde até o início de 2008. Algumas destas reestruturações dentro do SNS acabaram por afetar a permanência do Ministro da Saúde Correia de Campos, substituído em 30 de Janeiro de 2008 pela Ministra Ana Jorge. Os primeiros anos não foram aproveitados pelo Governo para definir as políticas do álcool, restringindo a sua ação política a medida de reestruturação e incorporação dos CRAs no IDT e, na sua continuidade, a consequente reestruturação da orgânica e funcionamento do próprio IDT, num processo que se estendeu de 2006 até 2008.

Após a finalização da reestruturação orgânica do IDT e a integração completa das atribuições e serviços dos CRAs, bem como da coordenação das políticas do álcool, este instituto assumiu oficialmente a iniciativa de desenvolver e propor ao Governo um conjunto de medidas estruturais e intervenções na área das políticas do álcool. Organizou para o efeito o “Fórum Nacional sobre o Álcool” em Coimbra, em 25 de Junho de 2008. Para este evento convidou todos os atores sociais envolvidos na problemática, a começar pelos serviços dos diversos ministérios que atuam nas políticas do álcool, os representantes das ONGs e da Sociedade Civil e os representantes dos diversos setores da Indústria do Álcool.

Assim, o processo de construção do PNRPLA ocorreu a partir de Junho de 2008, com a concretização de um Fórum Nacional. A discussão pública da proposta de plano (PNRPLA) ocorreu em fevereiro de 2009. Após um longo período de espera por uma tomada de decisão política que levasse a sua aprovação no seio do Conselho de Ministros do primeiro e segundo Governos liderados pelo PS neste período, em Maio de 2010, foi decidido aprovar o PNRPLA para o período de 2010-2012, em sede de Conselho Interministerial para os Problemas da Droga, das Toxicodependências e do Uso Nocivo do Álcool. A partir de 2009, o novo Governo reeleito, já não possuía apoio parlamentar alargado que permitisse implementar essas políticas unilateralmente. Entretanto, sem grande envolvimento político, o Governo acabou por permitir que tal se fizesse, através dos organismos responsáveis da Administração Pública e representativos do Primeiro-ministro.

Todo esse tempo acabou por transparecer uma falta de vontade política e urgência do Governo para com o assunto dos PLA e foi acompanhado por uma escassa e fraca iniciativa da sociedade civil para exigir uma ação mais incisiva.

4.2.2. Arena dos Atores Sociais

- **Sistema Político: Partidos Políticos, Governo e Administração Pública**

O IDT e a atividade de reestruturação da prestação de cuidados de saúde

Na sequência do Fórum sobre o Álcool em 2008, a situação do financiamento do tratamento de alcoólicos em instituições convencionadas foi pela primeira vez definida, abrindo a porta a que se estendesse o nº de camas disponíveis, a não ser para

²²⁷ PORTUGAL (2006). - Resolução de Conselho de Ministros n.º 39/2006, de 30 de Março. Aprova, no âmbito do Programa de Reestruturação da Administração Central do Estado (PRACE), as orientações gerais e especiais para a reestruturação dos ministérios.

desintoxicações que possuíam lugares bastante para a procura, segundo os levantamentos feitos. Assim, uma das intenções iniciais da integração das atribuições dos CRAs no IDT em 2006 era realizada, com o alargamento da capacidade pública de tratamento de alcoólicos através do aproveitamento dos lugares convencionados ociosos existentes na área da toxicodependência. Durante o anúncio da medida, os responsáveis do IDT tiveram condições de esclarecer o assunto na comunicação social.

«As comunidades terapêuticas que têm acordos com o Estado para receber toxicodependentes vão poder tratar também alcoólicos, de acordo com um despacho publicado ontem. O presidente do Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT), João Goulão, calcula que as verbas gastas cheguem este ano aos onze milhões de euros, mais dois milhões do que no ano passado. Apenas as unidades de desabilitação ficam de fora deste alargamento.»

No ano passado houve 1300 camas convencionadas. João Goulão diz que é esperado um acréscimo de duas centenas. Mas caberá a cada comunidade gerir e converter os lugares agora destinados a toxicodependente a consumidores problemáticos de álcool.»

Jornal Correio Manhã, 15-07-2008 - 11 milhões para tratar consumos. Pg. 18. Escrito por Rute Araújo.

(...)

«Nestas situações, o despacho conjunto dos ministérios da Saúde e das Finanças refere que as "desabilitações de doentes alcoólicos não podem ser convencionadas com unidades privadas de saúde, com ou sem fins lucrativos". João Goulão justifica aquela restrição com o facto de a estrutura do Serviço Nacional de Saúde ter, pelo menos para já, uma "capacidade de resposta suficiente."»

Tal leitura é partilhada pela médica Cecília Escameia, do centro de Coimbra, que admite a existência de uma taxa de ocupação muito baixa nas unidades de desabilitação. "Uma vez que agora a estratégia adotada por este Governo passa mais pelas terapias de substituição com metadona do que pelos programas livres de drogas, estas unidades estão às moscas", observou aquela clínica.

Desde que no ano passado o Instituto da Droga e da Toxicodependência absorveu os centros regionais de alcoologia, há agora a possibilidade de fazer um aproveitamento mais racional das instalações para alcoólicos e toxicodependentes, juntando recursos que antes estavam separados.

Mas Cecília Escameia alerta para a necessidade de saber distinguir o que não é igual. "É uma mistificação pensar-se que agora há mais espaços disponíveis, porque os alcoólicos são, em regra, uma população que não gosta de se misturar com os toxicodependentes viciados em heroína". Por isso, acrescenta, as pessoas com problemas de alcoolismo continuam a deslocar-se aos sítios onde já iam antes, ou seja, aos antigos centros regionais de alcoologia, que agora fazem parte da estrutura do Instituto da Droga e da Toxicodependência.»

Diário Notícias, 16-07-2008 - Estado vai apoiar cura de alcoólicos no privado. Pg. 1 e 9. Escrito por Carla Aguiar.

Parece que, por sistema, a área do tratamento se desenvolve a margem de qualquer plano para as políticas do álcool. Em parte tal acontece por ser uma área que está totalmente sob a tutela do Ministério da Saúde, dependendo apenas de questões internas. Por outro lado é sempre o motor da mudança, pelo fato da prestação de cuidados estar no centro do sistema de saúde e consequentemente da política de saúde. No fim, estas alterações da área do tratamento em curso acabam por se refletir posteriormente nos planos que enumeram as políticas públicas, neste caso o PNRPLA.

Estes avanços das políticas ligadas ao tratamento em relação às outras políticas do PNRPLA continuaram. No início de 2009, o presidente do IDT já fazia referência nos meios de comunicação ao desenvolvimento da rede de referência para os PLA, que permitiria a reestruturação dos serviços e atendimento e tratamento de alcoólicos desde os cuidados primários do SNS até os serviços especializados do IDT e previa a sua concretização até 2012, uma proposta prevista no PNRPLA (ainda em discussão pública nessa altura), que seria apresentada conjuntamente com este a partir de Março de 2009 à tutela do MS e ao Governo, mas que só receberia aprovação oficial em 2010.

«O plano está a partir de amanhã em discussão pública para depois chegar às mãos do Ministério da Saúde até ao ano que vem.»

João Goulão, presidente do Instituto da Droga e Toxicodependência, aponta ainda a criação, até 2012, de uma rede de “referenciação para o tratamento do problema do alcoolismo”.»

Rádio Renascença, 08-02-2009, 15:36 - Plano fica aquém das expectativas. Online

No final de 2009, já se noticiava o desenvolvimento natural da estrutura de serviços de atendimento de alcoólicos do IDT, produzindo efeitos no número de primeiras consultas, a margem de qualquer plano. A expansão do atendimento de alcoólicos a todos os centros já existentes do IDT no território nacional vinha ocorrendo desde 2007 com a integração das atribuições dos CRAs e das políticas do álcool ao IDT.

(...)

Na sua opinião (Manuel Cardoso, membro do conselho diretivo do Instituto da Droga e da Toxicodependência), a diferença de primeiras consultas (aumento de 1895 primeiras consultas de 2007 para 2008) é o resultado do alargamento do mapa de tratamento que resultou da reorganização dos serviços. Foi em 2006 que o IDT passou a abranger também o tratamento do alcoolismo, além das toxicodependências, passando a integrar os três centros regionais de alcoologia (Lisboa, Porto e Coimbra) e abrindo portas a doentes alcoólicos nos antigos centros de atendimento a toxicodependentes.

Os números de primeiras consultas foram fornecidos pelos 23 centros de respostas integradas (antigos CAT) espalhados pelo país e Manuel Cardoso acredita que grande parte destes novos utentes sejam pessoas que dantes não tinham acesso a tratamento para o alcoolismo. O responsável dá um exemplo: os alcoólicos no Alentejo e Algarve que quisessem procurar tratamento apenas tinham solução em Lisboa (no antigo centro regional de alcoologia do Sul) e agora já têm solução mais perto de casa.

Jornal Público, 03-11-2009 - Há mais pessoas com dependência de álcool a procurar tratamento em centros públicos. Pg. 14. Escrito por: Catarina Gomes.

O Fórum Nacional sobre o Álcool: o ponto de partida para a criação de um novo plano para os PLA

A iniciativa do IDT de um “Fórum Nacional sobre o Álcool” em 25 de junho de 2008 visava essencialmente dar início a elaboração de um plano nacional para os PLA. Ao anunciar o Fórum na comunicação social, o responsável do IDT já referia a oportunidade do momento, após a reestruturação dos serviços e da orgânica do instituto que dirigia, apesar de continuar a reconhecer que os técnicos do IDT ainda careciam de formação para que o atendimento a alcoólicos fosse largamente expandido. Mas o que se destaca nas declarações feitas foi o fato de ser bastante explícito sobre o intuito de estabelecer um diálogo aberto e de colaboração com os operadores da Indústria do Álcool para a elaboração e implementação de políticas públicas e medidas, contrariando a opinião dos ex-dirigentes portugueses da Saúde responsáveis pelo álcool e mesmo dos peritos e entidades internacionais da Saúde até a data.

IDT define linhas de atuação até 2012, enquadrando já a intervenção no alcoolismo

Organizado pelo Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT), o Fórum Nacional sobre o Álcool terá lugar em Coimbra, na próxima quarta-feira, constituindo-se como «ponto de partida para uma reflexão alargada das questões ligadas ao alcoolismo» agora também abarcadas pelo Instituto. Isso mesmo referiu ontem, em conferência de imprensa, o presidente João Goulão.

Extintos os três centros regionais de alcoologia (CRA) - Norte, Centro e Sul -, o IDT passou a dedicar-se também à prevenção e tratamento do alcoolismo. João Goulão garante que os técnicos até aqui apenas preparados para atuar em dependências de substância ilícitas estão a ser devidamente formados, recorrendo à capacidade instalada e o know-how dos antigos CRA, agora absorvidos. (...)

João Goulão reparou que o IDT tem por tradição lidar com os efeitos de substâncias ilícitas, pelo que «não são usados como interlocutores passadores ou traficantes». No caso do álcool, o responsável considera que é possível o debate com produtores para prevenir consumos excessivos.

Os programas de prevenção, a resposta no tratamento e a reinserção dos doentes alcoólicos são outras preocupações do IDT que, segundo o presidente, deverá caminhar para ser uma referência também no tratamento de outras dependências, por exemplo do jogo. (...)

Além da formação dos próprios técnicos, o IDT tem, segundo João Goulão, desenvolvido formação para os médicos de família, “os mais bem posicionados para identificar precocemente situações de

disfuncionalidade” ligadas ao álcool.

O percurso ideal do doente alcoólico seria, no entender do responsável, “o centro de saúde, depois o IDT, com as suas diversas equipas de tratamento e, nos casos em que se justifique, as unidades de alcoologia (antigos CRA), que têm um leque de recursos mais diferenciados nesta área”.

Diário Coimbra, 19-06-2008 - Coimbra recebe fórum nacional sobre álcool. Pg. 5. Escrito por Andréa Trindade.

A estratégia de colaboração com a Indústria do Álcool explicitada previamente pelo responsável do IDT foi oficialmente assumida pela própria da Ministra da Saúde no seu discurso de abertura do Fórum. O desenvolvimento das políticas do álcool com a colaboração da Indústria ia no sentido oposto ao do afastamento ético entre a Saúde e a Indústria do Álcool na prossecução das políticas existente na abordagem de Saúde Pública que era seguida até então. Além de preconizar o envolvimento e colaboração da Indústria do Álcool, também apresentou um ponto de vista sobre o álcool que o inseria num contexto cultural e do “ser português”, ao mesmo tempo que normalizou o consumo de álcool extensivo a toda a população. Uma aproximação dos interesses da Indústria do Álcool de participar das políticas e dos seus argumentos largamente utilizados de não adoção de políticas internacionais sem a devida adequação e adaptação às tradições e a cultura local. Esses aspetos foram particularmente captados pelos meios de comunicação social no contexto da abertura do “Fórum Nacional sobre o Álcool”:

«A ministra da Saúde, Ana Jorge, disse esta quarta-feira que o consumo excessivo de bebidas alcoólicas em Portugal “é um problema muito grave que deve ser combatido”, envolvendo produtores e empresas que intervêm na comercialização, escreve a agência Lusa.

“Este é um problema de toda a comunidade”, afirmou Ana Jorge, em Coimbra, salientando que, em Portugal, o consumo de vinho e outras bebidas alcoólicas “é muito tolerado do ponto de vista social”.

A ministra da Saúde intervinha na abertura do Fórum Nacional sobre o Álcool, iniciativa conjunta do Governo Civil de Coimbra e do Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT), que decorre hoje no auditório da Fundação Bissaya Barreto.

Admitindo que a ingestão de bebidas alcoólicas traduz “uma realidade que está ligada ao ser português”, frisou que o problema, além dos homens adultos, atinge mulheres, jovens e crianças. “O consumo de álcool é também extensivo às mulheres, mas de uma forma mais surda”, disse. Por outro lado, segundo Ana Jorge, “é muito frequente nas crianças mais pequenas”.

(...)“O álcool está na origem de muitos acidentes rodoviários e casos de violência interpessoal, como a violência doméstica”, referiu.

Para o presidente do IDT, João Goulão, o encontro de hoje, dirigido a profissionais que trabalham nesta área, como médicos, juristas, psicólogos e agentes de segurança, entre outros, “deve ser o ponto de partida para uma reflexão profunda sobre as questões do álcool em Portugal”.»

Portugal Diário, 25-06-2008 - Consumo excessivo de álcool é problema em Portugal. On line.

Durante o Fórum Nacional sobre o Álcool Manuel Cardoso e Cristina Ribeiro, representantes do IDT fizeram um enquadramento da “Estratégia Europeia para Apoiar os Estados-Membros na Minimização dos Efeitos Nocivos do Álcool” lançada em 2006/2007 como o modelo referência para as políticas do álcool em Portugal. Membros que participavam do Fórum Europeu Álcool e Saúde abordaram o tema, estimulando o seu desenvolvimento a nível nacional, entre eles representantes da Indústria do Álcool (George Sandeman – Presidente da ACIBEV e; Membro da Direção da Sogrape Vinhos S.A.), lado a lado com representantes das ONGs (Dr. João Salviano – Fundador e Coordenador Geral da APYN - Alcohol Policy Youth Network). A situação portuguesa em relação ao consumo do álcool e efeitos nocivos foi abordada por um conjunto de profissionais de saúde (Carlos Ramalheira; Sofia Lourenço; Tato Marinho; Joaquim Margalho Carrilho; Helena Teixeira). O objetivo maior do Fórum foi o lançamento de uma proposta de “plano nacional para a minimização dos efeitos nocivos do álcool” (painel coordenado pelo presidente do IDT, João Goulão e as assessoras Teresa Sá Nogueira e Cristina Ribeiro). Para formular o plano foram constituídos Grupos de Trabalho, em cada

uma das áreas de intervenção prioritária definidos com base no modelo da estratégia europeia, coordenados por responsáveis do IDT já designados nesta altura:

Grupos de Trabalho em áreas de intervenção prioritária

- Grupo 1 – Jovens, Crianças e Grávidas.
Coordenação: Dra. Ana Feijão; Dra. Alexandra Almeida.
- Grupo 2 -- Sinistralidade Rodoviária.
Coordenação: Dr. José Pádua; Dra. Paula Dias.
- Grupo 3 – Adultos e Meio Laboral.
Coordenação: Dr. Mário Castro; Dra. Natacha Silva.
- Grupo 4 – Prevenção, Formação, Comunicação e Educação.
Coordenação: Dra. Paula Marques; Dra. Cristina Ribeiro.
- Grupo 5 – Sistemas de Informação e Recolha de Dados.
Coordenação: Dra. Carla Antunes; Dra. Sofia Lourenço.
- Grupo 6 – Tratamento.
Coordenação: Dra. Teresa Sá Nogueira; Dr. Rui Pedro Silva.
- Grupo 7 – Reinserção.
Coordenação: Dra. Alcina Ló; Dra. Marta Pratas.

De acordo com um conjunto de documentos de trabalho disponibilizados pelo IDT, na sequência do Fórum o IDT e seus responsáveis coordenaram os grupos de trabalho e a abordagem aos conteúdos da cada área, tendo contado com a participação de uma série de parceiros de organismos públicos, como os ministérios da Justiça, Saúde, Administração Interna e Solidariedade Social, de ONGs ligados a Saúde e a Sociedade Civil e organizações representativas dos operadores da Indústria do Alcool. Logo de início da constituição dos grupos alargados que incluíam todos os atores sociais, os representantes da Indústria do Alcool se organizaram de forma que pudessem estar presentes em todos os grupos de trabalho, demonstrando grande disponibilidade. Foram constituídos grupos restritos que aprofundaram o trabalho dos grupos alargados. Com base nos documentos produzidos, atas de reuniões e correio eletrónico de alguns dos grupos de trabalho²²⁸ durante a sua organização interna e respetivas reuniões, pode-se observar que, no geral, o plano foi construído como base nas necessidades a serem supridas, nas estruturas e atividades dos serviços e sua articulação, mais do que a partir de uma visão estratégica ou intenção em resultados de saúde que se pretendia alcançar, refletindo uma abordagem de baixo para cima (*bottom-up*) mas sem uma visão. Identificava-se esse sentimento no desenvolvimento dos trabalhos e na coordenação. Para fortalecer a estrutura do plano e melhorar a definição de objetivos específicos e medidas acabaram por contribuir a consulta de conteúdos de outros planos já produzidos, como a própria Estratégia Europeia, o Plano de Ação contra o Alcoolismo, o Plano Nacional de Saúde 2004-2010 e o Plano Nacional contra as Drogas e Toxicodependências - horizonte 2012. Por fim o referido Pacote do álcool, produzido pela DGS entre 2005 e 2006 e que nunca chegou a ser implementado permitiu um levantamento das medidas que estavam previstas anteriormente.

Outras questões estruturais também foram levantadas, como a questão da Coordenação Nacional e do Plano a elaborar ser o mesmo ou ser autónomo dos existentes para as outras drogas. Apesar de ter sido consensual que a coordenação seria naturalmente conjunta (com possibilidade de uma acessória de membro do Conselho Diretivo) o plano foi constantemente orientado para que fosse autónomo de outros existentes e específico para os PLA. Algumas questões características do posicionamento dos atores sociais estiveram presentes nas discussões, como a utilização de termos típicos da Indústria do Alcool Vs. Saúde Pública: “consumo nocivo” Vs. “consumo de álcool”, o foco do consumo de álcool estar nas “questões de segurança e risco em situações específicas” Vs. “questões de morbilidade e mortalidade ao longo do tempo” e “abordagens informativas e

²²⁸ Documentos dos Grupos de Trabalho do PNRPLA (IDT): “GT_3 Adultos e Meio Laboral”; *Dossier* “GT_4 Prevenção Formação Comunicação”; *Dossier* “GT_7 Reinserção” – múltiplos documentos.

formativas” Vs. “abordagens regulatórias e proibicionistas”. Estas situações demonstram o exercício da influência dos atores sociais presentes no resultado final do plano e como tal pode alterar as orientações técnicas e baseadas em evidências científicas.

Em fins de 2008 o trabalho dos grupos estava finalizado, sendo reunido em um só documento harmonizado. A proposta final de plano estava organizada de forma que os principais indicadores de saúde selecionados para monitorizar os PLA fossem os objetivos globais do plano. Entretanto contribuiriam para a melhoria desses indicadores os objetivos específicos de cada área prioritária que estavam associados a medidas de desenvolvimento de serviços, intervenções e atividades, na sua maioria que fizeram parte do levantamento feito pelos grupos de trabalho.

Uma proposta para o PNRPLA em discussão

Em 9 de Fevereiro de 2009, uma primeira versão do “Plano Nacional para a Redução dos Problemas Ligados ao Álcool” (PNRPLA) para o período de 2009-2012 (Portugal, Ministério da Saúde, IDT, 2009) foi posta em discussão pública e anunciado nos meios de comunicação social. A maior parte das notícias veiculadas na comunicação social sobre o plano se dirigiam a proibição de venda e consumo para menores de 18 anos e a redução da taxa de alcoolemia para os novos condutores, coincidentemente duas medidas legislativas mais restritivas do consumo de álcool, no contexto de um plano que se previa mais equilibrado e voltado para as áreas preventiva e de tratamento. A primeira medida do aumento da idade mínima para venda e consumo parecia ser menos polémica que a segunda de redução das taxas de alcoolémia apenas para recém-encartados. Apesar de indesejada pela Indústria do Álcool, a primeira medida do aumento da idade mínima de 16 para 18, foi pouco questionada por esses mas muito mais questionada pela comunicação social, talvez pelo difícil cumprimento da lei e aplicação de uma fiscalização reforçada. Nesse aspeto o próprio responsável do IDT, que defendia uma legislação mais dura e responsabilizante, tinha deficiente capacidade em definir pormenores sobre como seria aplicada a lei, deixando transparecer pouco aprofundamento e certeza dos procedimentos a adotar. Por outro lado, a Indústria do Álcool se mostrou bem mais reticente em aceitar a segunda medida de redução das taxas de alcoolémia, que parecia de aplicação mais concreta. Todavia, o responsável do IDT defendia que essa medida possuía o apoio de especialistas da área da alcoologia e estava em articulação com aos objetivos da Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária e a sua estratégia. Enquanto isso, o apoio público da Ministra da Saúde a redução da idade mínima aparece como uma garantia de que essa proposta poderia realmente ser efetivada, apesar de qualquer resistência.

«O plano está a partir de amanhã em discussão pública para depois chegar às mãos do Ministério da Saúde até ao ano que vem.

João Goulão, presidente do Instituto da Droga e Toxicoddependência, aponta ainda a criação, até 2012, de uma rede de “referenciação para o tratamento do problema do alcoolismo”.»

Rádio Renascença, 08-02-2009, 15:36 - Plano fica aquém das expectativas. Online.

«Menores de 18 anos proibidos de beber álcool

A redução da taxa de alcoolemia para os novos condutores e a proibição da venda de bebidas alcoólicas a menores de 18 anos são as principais propostas que integram o plano nacional para o álcool.

O Plano Nacional para a Redução dos Problemas Ligados ao Álcool, que segunda-feira vai ser colocado em consulta pública para depois ser apresentado ao Ministério da Saúde, foi elaborado pelo Instituto da Droga e da Toxicoddependência (IDT) e contou com contributos de uma série de parceiros, como os ministérios da Justiça, Saúde, Administração Interna e Solidariedade Social.

Em declarações à Lusa, o presidente do IDT, João Goulão, disse que o plano, que fixa 25 objetivos para serem cumpridos até 2012, tem como missão “reduzir as consequências do consumo indevido do álcool”.

Segundo João Goulão, o plano propõe que a idade legal mínima para o consumo de álcool passe dos 16 para os 18 anos. “O aumento da idade de venda de álcool aos jovens está muito em linha com o que

acontece na maioria dos países europeus, onde o limite é os 18 anos”, disse, adiantando que o documento também propõe uma maior fiscalização das vendas.

João Goulão sublinhou que hoje em dia há “uma deficiente fiscalização”, tendo em conta que muitas vezes o álcool é vendido a menores de 16 anos.

Taxa mais baixa para recém-encartados

Outra das propostas do plano passa por reduzir a taxa de alcoolemia para os condutores recém-encartados, recomendação que resulta de uma estratégia da União Europeia. De acordo com João Goulão, no plano ainda não está mencionado um valor para taxa. “Aquilo que está preconizado no plano é a apresentação de uma proposta à tutela, sendo que ainda não há consenso em torno da taxa admissível”, adiantou,

O documento, que após ser apresentado ao Ministério da Saúde será aprovado em Conselho de Ministros, define igualmente a criação até 2012 de uma rede de referência para tratar dos doentes com problema ligados ao álcool. Segundo João Goulão, a rede será constituída pelos médicos de família e unidades de saúde primários.»

Portugal Diário 08-02-2009 - Menores de 18 anos proibidos de beber álcool. Online.

«João Goulão, presidente do Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT), admitiu por seu lado, ao DN, que há falhas no controlo e fiscalização da venda de álcool a menores de 16 anos. “Terão que ser aperfeiçoados mecanismos de fiscalização dessas situações e os comerciantes que o fazem terão que ser responsabilizados”, afirmou João Goulão.» (...)

Jornal Diário Notícias, 13-02-2009 - Há mais cirroses precoces por álcool, drogas e hepatites. Pg. 12.

«João Goulão: 'A bebedeira é o objetivo' (...)

- Aprovada a lei, como é que o comércio, sejam supermercados, seja o comércio tradicional, vai ser controlado para que ela se cumpra?

JG: - Não sou legislador. Não sei como é que se fazem as leis e a forma de obrigar ao seu cumprimento.

- Não acredito que subscreva uma solução sem lhe ocorrer a forma que ela virá a ter para obrigar...

JG: - Não me compete definir quem são as entidades fiscalizadoras, nem como isso se faz. Propomos esta lei à tutela - neste caso o Ministério da Saúde - em consenso com várias entidades; caso o Governo a aceite, até 2010 será apresentada uma proposta legislativa. Neste momento nem sequer estou preocupado com a forma prática de o fazer, a tal experiência dos Estados Unidos só demonstra que é possível. E tenho uma experiência concreta: tenho um filho nos Estados Unidos e na noite em que ele fazia 21 anos fomos a um bar de jazz. Sentámo-nos e pedimos umas imperiais; pediram a identificação dele e verificaram que só a partir da meia-noite é que tinha 21 anos. Por isso só bebeu Coca-cola.»

Jornal SOL, 21-02-2009 - 'A bebedeira é o objetivo'. Pg. 18.

«Sinistralidade. Objetivo é reduzir mortes na estrada devido à bebida para 250/ano

É mais uma proposta polémica feita pelo IDT e pelos parceiros deste plano ligado ao álcool: a redução da taxa máxima de alcoolemia “para 0,2 gramas de álcool por litro de sangue para recém-encartados (durante três anos) ”, revela o presidente do organismo, João Goulão. A proposta será analisada pela tutela entre 2010 e 2011.

Em entrevista ao DN, o dirigente e médico de família admite um regresso à polémica, embora desta vez apenas abranja as pessoas que obtiveram a carta há menos de dois anos. Os produtores e os distribuidores de bebidas alcoólicas aceitaram esta proposta com alguma relutância. “Apesar de tudo, a indústria compreendeu melhor a alteração da idade mínima para beber dos 16 para os 18 do que esta medida”, refere.

Quem trata as dependências discorda do excessivo cuidado com que se tratam estas questões. “A taxa devia ser de 0,2 gramas para todos. Quem conduz não é suposto beber e este é um dos aspetos que as pessoas teimam em não respeitar”, diz o psiquiatra e ex-dirigente da unidade de desabitação do centro das Taipas, do IDT.

A sinistralidade rodoviária é um combate que o IDT e a Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária (ANSR) querem travar e que é prioritária. O objetivo é dissuadir os condutores de beber. Recorde-se que as pessoas com taxas de alcoolemia entre 0,2 g/l e 0,49 g/l estão três vezes mais expostas ao risco de morte na sequência de uma colisão, segundo um estudo comparativo.

(...) A promoção e divulgação de programas de prevenção serão abordados nos próximos três anos. Se as

ações de fiscalização têm contribuído para reduzir as mortes nas estradas ligadas ao excesso de álcool (ver caixa), a GNR, PSP e as autarquias pretendem reforça-las e colocar mais forças de segurança nos locais onde se prevê o consumo abusivo.

O objetivo traçado pelo IDT é "reduzir o número de vítimas mortais em acidentes de viação relacionados com o álcool de 305 (em 2007) para 250 em 2012", sublinha Goulão. "Todos são objetivos concordantes com o Plano Nacional de Prevenção Rodoviária", acrescenta o responsável. (...)»

Jornal Diário Notícias, 08-02-2009 -Taxa de 0,2 g/l para novos condutores. Pg. 7.

«O plano para a redução de problemas ligados ao consumo de álcool está em discussão e propõe mais restrições. Ana Jorge diz ao Expresso concordar com a estratégia, sobretudo junto da população mais jovem.

O combate ao consumo de álcool por parte dos mais jovens é uma luta também da ministra da Saúde

A ministra da Saúde Ana Jorge vai apoiar a proposta para que a idade legal mínima para o consumo de bebidas alcoólicas passe dos atuais 16 para os 18 anos.

A medida consta da estratégia delineada no Plano Nacional para a Redução dos Problemas Ligados ao Álcool, apresentado na segunda-feira pelo Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT). No documento, consta ainda a possibilidade de redução da taxa de alcoolemia para os condutores recém encartados.

O plano estabelece 25 objetivos a cumprir até 2012, com o "objetivo de reduzir as consequências do consumo indevido de álcool", diz o presidente do IDT, João Goulão.

Apesar da falta de indicadores de Saúde recentes, a ministra salienta que o consumo de bebidas alcoólicas tem aumentado entre os adolescentes e que é necessário intervir para travar esta tendência. Profissionais de saúde e pais são peças fundamentais para alterar este tipo de comportamento.»

Expresso OnLine, 10-02-2009 - Áudio: Ministra apoia proibição de bebidas alcoólicas a menores de 18. Escrito por José Ventura.

Também em relação a medidas relacionadas com o aumento do preço e de impostos sobre bebidas alcoólicas, bem como as relacionadas com restrições à publicidade, a proposta do PNRPLA excluía a partida esta possibilidade, sem justificações claras para tal. A procura de um consenso entre os atores sociais envolvidos, alegada pelos responsáveis pelo plano, demonstrava não ser aceitável por parte dos especialistas, que as consideravam fundamentais, restando apenas a satisfação das reivindicações Indústria do Álcool que era contra essas medidas legislativas e fiscais de regulação.

«Saúde. O álcool mata todos os anos 4000 portugueses e custa 190 milhões ao sistema nacional de saúde. O alerta é dado por especialistas que pedem mais restrições à publicidade e um reforço da carga fiscal nas bebidas alcoólicas. Mas o plano de combate do Governo não tem propostas neste sentido.

O Governo decidiu não incluir no Plano Nacional para a Redução dos Problemas ligados ao Álcool (que deve entrar em vigor até ao Verão) as restrições à publicidade de bebidas alcoólicas e o aumento dos impostos sobre estes produtos - duas medidas que os especialistas consideram fundamentais para baixar o consumo e os seus impactos negativos na sociedade.

(...) O aumento de impostos e as restrições à publicidade chegaram a ser discutidos, explicou ao DN o presidente do Instituto da Droga e Toxicodependência (IDT), a entidade que elaborou o plano, mas acabaram por ficar de fora: "Procurou-se fazer um plano com consensos e medidas que fossem possíveis pôr em prática" rapidamente. Até porque, acrescenta: "No Instituto, não tínhamos experiência de tentar compaginar interesses".»

Jornal Diário Notícias, 12-03-2009 - Aumento de impostos excluídos do plano do álcool. Pg. 9. Escrito por Patrícia Jesus

Ao fim do período de discussão pública, previsto para 10 de Março de 2009, apesar de um grande debate e posicionamento dos atores sociais no espaço público, oficialmente houve pouco interesse e participação, reconhecida publicamente pelo próprio responsável do IDT:

«A menos de uma semana do fim da consulta pública dessa proposta, a realidade é que os portugueses parecem estar pouco interessados nas alterações propostas pelo Plano Nacional para a Redução dos Problemas do Álcool. Foram pouco mais de 20 as sugestões feitas na consulta pública do documento

recebidas no Instituto da Droga e Toxicodependência (IDT).

"A participação ficou um pouco aquém das expectativas", reconhece João Goulão, presidente do IDT. A maioria das mensagens é de apoio às medidas propostas, mas também há críticas. "Não há críticas de fundo estruturadas. Apenas manifestações contra o aumento da idade e à redução da taxa de alcoolemia para condutores, que são as medidas mais mediatizadas", explica.»

Jornal Diário Notícias, 08-03-2009 - Lei do Álcool interessa pouco aos portugueses. Pg. 7. Escrito por: Ana Bela Ferreira.

No final, nenhuma das sugestões levou a alterações na proposta inicial do PNRPLA. Segundo o responsável do IDT, a proposta final do PNRPLA foi apresentada ao Ministério da Saúde nesta altura para posteriormente ser aprovada em Conselho de Ministros.

Menos enfatizado pelos responsáveis do IDT e pela comunicação social, mas também elaborada e entregue juntamente com o PNRPLA ao MS e ao Governo, foi a proposta de criação da "Rede de Referenciação para os PLA". Da mesma forma, nesta altura foi entregue também a proposta de alteração das "Estruturas de Coordenação de Combate à Droga e à Toxicodependência"²²⁹ que incluía nessas estruturas a área dos PLA e algumas melhorias na sua capacidade de intervenção (na sequência da atribuição de competências nas políticas do álcool ao IDT em 2007 através da sua nova Lei Orgânica).

Todavia, o processo de tomada de decisão política em relação ao PNRPLA (e demais diplomas) já estava previsto ser longo e assim permaneceu, sem que uma data para a aprovação ou resposta fosse prevista por parte do Governo, por razões que não foram de todo explicadas, mas em parte se prenderam à forma com o Governo pretendia que os procedimentos para a aprovação dos diplomas ocorressem.

Em relação ao PNRPLA, que foi fruto de discussão pública, muitas manifestações de apoio e de crítica a medidas específicas foram feitas por atores sociais envolvidos, durante todo o tempo que decorreu até que entrasse efetivamente em vigor, mesmo por aqueles que se envolveram na sua elaboração inicialmente.

O PNRPLA em cima da mesa durante demasiado tempo

O tempo de espera por uma tomada de decisão do Governo em relação ao PNRPLA se estendeu de Março de 2008 a Abril de 2010. Assim o plano previsto para o período de 2009-2012 perdeu pelo menos um ano do seu período de vigência e implementação.

Durante todo este o período, a expectativa existente era a de que o PNRPLA seria aprovado em sede de Conselho de Ministros, conforme experiências passadas e de acordo com os acontecimentos que foram sendo relatados. Desde o início havia dúvidas sobre se a aprovação relativa ao aumento da idade mínima para venda e consumo de álcool, baseadas nas experiências passadas e na percepção presente dos responsáveis da Saúde no Governo. Por vezes assistiu-se a respostas dos representantes do Governo pouco claras sobre o conteúdo das decisões que estavam em causa. Contudo o responsável do IDT continuou a afirmar a sua convicção de que o PNRPLA seria aceite pelo Governo e na sua sequência as alterações a legislação referida acabariam por ocorrer.

²²⁹ Após a criação do IDT em 2002 (Decreto-Lei nº 269-A/2002, de 29 de novembro), ocorreu em 2003 a reorganização das "Estruturas de coordenação de combate à droga e à toxicodependência", através da publicação do Decreto-Lei nº 1/2003, de 6 de janeiro. Para facilitar a concretização das estratégias nacional de luta contra a droga e a devida articulação dos organismos envolvidos o diploma cria:

O "Conselho Interministerial do Combate à Droga e à Toxicodependência", competindo-lhe coordenar a definição e a eficaz execução da política nesta matéria,

O cargo de "Coordenador Nacional do Combate à Droga e à Toxicodependência", que é, por inerência de funções, o Presidente do Conselho de Administração do IDT e cuja atividade visa garantir uma eficaz coordenação e articulação entre os vários departamentos governamentais envolvidos no combate à droga e à toxicodependência, e

O "Conselho Nacional do Combate à Droga e à Toxicodependência", presidido pelo Primeiro-Ministro, é o órgão de Consulta do Primeiro-Ministro e do Governo sobre a política de combate à droga e à toxicodependência.

Uma longa série de declarações aos meios de comunicação social durante o ano de 2009²³⁰, apresentadas a seguir numa sequência cronológica, marcou este impasse, as questões a sua volta e a apreensão dos responsáveis do IDT e do MS por uma decisão.

«A responsável (Fernanda Feijão, do IDT) recorda que é o momento ideal para se agir quando há um plano de combate ao alcoolismo em cima da na mesa e onde se propõe que seja ilegal a venda de álcool a menores de 18 anos.

O presidente do Instituto, João Goulão, diz que a proposta chega ao Governo até final do ano, mas o secretário de Estado da Saúde, Manuel Pizarro, não garante que seja aprovada.

A subida da idade legal para consumo de álcool, dos 16 para os 18 anos, já tinha sido proposta há uma década, no entanto a lei não passou por pressão dos estabelecimentos noturnos, produtores e distribuidores de bebidas.»

Rádio Renascença Online, 26-03-2009

«Também no conceito de "binge drinking" — consumir cinco ou mais bebidas em cada ocasião — Portugal regista uma subida de 25 para 56 por cento, situando-se aliás em quarto lugar entre os países analisados. "São valores preocupantes", reagia João Goulão, presidente do IDT, no final da cerimónia, reforçando "a proposta de que a idade legal para o consumo de álcool passe de 16 para os 18 anos e que será apresentada ao Governo até ao fim de 2009", disse.

Questionado sobre a proposta, o secretário de Estado da Saúde, Manuel Pizarro, escusou-se a responder, referindo apenas que essa medida não pode funcionar isolada. "É preciso todo um plano. Gerou-se uma moda cultural de consumo. É preciso consciencializar os jovens, e não só proibir", referiu.»

Jornal Metro, 27-03-2009

«À conversa com... João Goulão, presidente do Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT)

Assumiu, há cerca de três anos, as competências na área da prevenção do consumo do álcool e conta, até Abril, aprovar o Plano Nacional de Redução dos Problemas Ligados ao Alcool. (...)

O Governo está disponível para fazer essa alteração legislativa?

JG: Nós construímos este plano em colaboração com variadíssimas entidades, públicas e privadas, e esta proposta foi consensualizada no seio desse trabalho. A indicação que temos é que o Governo estará disponível para aprovar este plano na generalidade, o que implica que ficaremos obrigados a cumprir as medidas que estão lá previstas.

Quando é que estima que essa alteração possa ser feita?

JG: O que temos previsto é que, até ao final de Abril, o plano esteja aprovado. A partir daí, no decurso de 2009, apresentaremos uma proposta legislativa.

Está preparado para que haja posições contra da parte dos produtores de bebidas?

JG: Claro, aliás já houve algumas manifestações. Obviamente que a decisão política será fundamental. Tem que haver aqui um árbitro que faça escolhas, independentemente das discussões que possam ocorrer na Assembleia da República e nos media.»

Jornal de Notícias Online, 28-03-2009

«O Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT) não cede e vai mesmo avançar com a proibição do consumo de álcool a menores de 18 anos. O Plano Nacional para a Redução dos Problemas ligados ao Alcool esteve um mês em discussão pública, foi alvo de uma onda de contestação de produtores e

²³⁰

- Rádio Renascença Online, 26-03-2009 - Jovens consomem mais bebidas alcoólicas. Jornalista Dora Pires.

- Jornal Metro, 27-03-2009 - Consumo de álcool aumenta entre jovens . Pg. 4. Escrito por Patrícia Tadeia

- Jornal de Notícias Online, 28-03-2009 – Pais desvaloriza o álcool. Jornalista: Gina Pereira

- Jornal I, 09-05-2009 - A beber todos os santos ajudam. Pg. 28/29. Escrito por: Kátia Catulo.

- Jornal Público Última Hora, 29-05-2009 - Plano Nacional de Combate ao Alcoolismo em Junho. Escrito por: LUSA.

- Jornal Médico de Família, 06-07-2009 - Presidente do IDT confiante que Governo aceitará recomendação

- Médicos de Portugal, 24-08-2009 - Alcoolismo nos jovens: A gota que faz transbordar o copo. Escrito por: Andreia Pereira. (Fonte: Jornal do Centro de Saúde)

vendedores de bebidas, mas todas as sugestões de alteração foram ignoradas. Os pontos mais polémicos seguem sem qualquer alteração, impondo uma lei seca abaixo da maioria.

João Goulão, presidente do IDT, explica ao i que a versão final do documento seguiu para o gabinete da ministra da Saúde, Ana Jorge - está a ser avaliada pelo secretário de Estado da Saúde, Manuel Pizarro - e são "praticamente inexistentes" as mudanças ao documento inicial divulgado em Fevereiro.

Na próxima semana, a conferência interministerial - organismo composto por ministros e secretários de Estado - terá a missão de fazer novas sugestões: "Só depois desta etapa é que as alterações ao Plano Nacional de Redução dos Problemas Ligados ao Alcool chegam às mãos do conselho de ministros para ser aprovada", explica fonte do Ministério da Saúde. Se o plano for aprovado em Conselho de Ministros, Portugal passa a ter uma das legislações mais proibitivas da Europa para as bebidas alcoólicas.»

Jornal I, 09-05-2009

«O Plano Nacional de Combate ao Alcoolismo deverá ser aprovado em Conselho de Ministros durante o mês de Junho, disse hoje à Lusa o secretário de Estado da Saúde, Manuel Pizarro. Após discussão pública em volta do documento, o plano "vai traduzir-se basicamente numa melhor organização do conjunto dos serviços", afirmou o governante à Lusa, destacando o "grande enfoque na prevenção" através da criação de uma rede de referência da população com problemas de alcoolismo.

"É um problema (álcool) com igual complexidade ao das drogas ilícitas", reconheceu Manuel Pizarro, que diz contar com o IDT "para este combate", garantindo o apoio do Governo na criação de mecanismos de recrutamento de mais profissionais para o instituto depois de ouvir do presidente, João Goulão, a queixa de que "as equipas estão à pele" em termos de recursos humanos.»

Jornal Público Última Hora, 29-05-2009

«O presidente do Instituto da Droga e Toxicodependência (IDT), João Goulão, está confiante de que o Governo não vai deixar cair a recomendação de aumento para 18 anos da idade mínima para consumo de álcool.

João Goulão falava aos jornalistas à saída da Comissão Parlamentar (9-06-2009), onde apresentou aos deputados o Plano Nacional para Redução dos Problemas Ligados ao Alcool para 2009-2012, que espera aprovação pelo Conselho de Ministros. (...)

À saída da audiência, João Goulão antecipou que o Plano "possa ser aprovado em bloco" ainda antes do final do Verão pelo Conselho de Ministros, afirmando não acreditar que caia a medida do aumento da idade mínima, mas admitindo "algumas dificuldades" em conseguir montar um aparelho de fiscalização "eficaz, em tempo útil".

"A única forma de conseguir uma fiscalização mais eficaz é responsabilizar as próprias pessoas que comercializam bebidas alcoólicas", disse o presidente do IDT, acrescentando que muitas mais elevadas poderão ser uma maneira de conseguir que a medida seja aplicada no terreno, tarefa "difícil mas não impossível".

A indústria de comercialização de bebidas alcoólicas foi um "parceiro" na elaboração do plano, garantiu, afirmando que percebe a imagem negativa que o consumo excessivo de álcool por parte dos jovens tem para o mercado. (...)

Jornal Médico de Família, 06-07-2009

«Está em marcha, desde o dia 25 de Junho de 2008, a construção de um plano que visa o combate ao consumo de álcool. Este projeto contempla a implementação de mais de 80 medidas concretas, uma das quais é a alteração da idade (dos 16 passa para os 18 anos) em que é permitida a comercialização de álcool aos jovens.

"Estamos a aguardar a aprovação deste projeto por parte do Governo. Logo que haja luz verde, o próximo passo será a construção de uma proposta legislativa", afirma o Dr. João Goulão, presidente do Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT).

Para além desta medida, prevê-se a criação de uma rede de referência na área da Alcoologia e a regulação do consumo de álcool em Portugal. "Somos um país com um consumo de álcool elevado per capita. Mas o que nos preocupa é que, nos últimos anos, tem havido um aumento da ingestão de álcool aos fins-de-semana ou em determinados contextos, ao nível das camadas mais jovens".»

Médicos de Portugal, 24-08-2009

A proximidade das eleições para o Governo que ocorreram em 2009 e levaram a reeleição do Primeiro-ministro e a constituição do XVIII Governo Constitucional liderado pelo PS em Outubro de 2009 comprometeram a aprovação do PNRPLA. Porém, a permanência do mesmo Governo no poder não facilitou que a tomada de decisão se fizesse mais prontamente. Em consequência, o trabalho do IDT, que avançava no terreno, começava a ficar comprometido na visão dos seus representantes²³¹.

«Plano Nacional de Redução dos Problemas ligados ao Álcool ainda não foi aprovado em Conselho de Ministros

(...) Reorganização atrasada

O processo de reorganização das estruturas de tratamento continua no terreno mas há atrasos, diz. A ideia é que nos centros de saúde passe a haver solução "para pessoas com problemas de álcool" e que só os utentes com dependência sejam referenciadas para a rede especializada. Manuel Cardoso lembra, a este propósito, que o Plano Nacional de Redução dos Problemas ligados ao Álcool ainda não foi aprovado em Conselho de Ministros, embora a sua data de aplicação devesse iniciar-se este ano, para terminar em 2012. Uma das propostas mais polémicas prevê a alteração da idade legal para a compra e o consumo de bebidas alcoólicas em locais públicos, de 16 para 18 anos.»

Jornal Público, 03-11-2009

No final de 2009, na sequência da apresentação do relatório de atividades do IDT do ano anterior na AR, o responsável do IDT fez declarações²³² sobre a prontidão do IDT para desenvolver medidas na área dos PLA e posteriormente acabou por referir que o PNRPLA continuava a espera da aprovação do novo Governo para sair do papel e que o atraso se repercutia no desenvolvimento das atividades e intervenções previstas, a que se acrescia uma restrição de meios imposta pela reestruturação da Administração Pública e reforçada pelas restrições orçamentais advindas da crise económica que se instalava em Portugal.

«O presidente do Instituto da Droga e Toxicodependência quer começar a trabalhar no combate ao alcoolismo mas está de mãos atadas. O plano nacional de redução dos problemas ligados ao álcool esteve em consulta pública no primeiro trimestre do ano ainda não saiu do papel. João Goulão acredita no entanto que o governo não se esqueceu do prometido.»

TSF / Bloco Noticioso 22-12-2009

«O novo plano de combate ao alcoolismo - que reforça o tratamento e prevê, por exemplo, a proibição de venda de bebidas abaixo dos 18 anos - foi apresentado em Maio, mas está ainda à espera de ser aprovada em conselho de ministros. Um atraso que, admite o presidente do IDT, tem "trazido dificuldades negociais".

Questionado pelos deputados parlamentares, João Goulão também referiu haver dificuldades de recursos humanos nas estruturas de tratamento do instituto. O Programa de Reestruturação da Administração do Estado (PRACE) "impôs um teto de recursos humanos que tem sido difícil com as novas competências no álcool", referiu.»

lonline.pt, 22-12-2009

A falta de decisão se estendeu por 2010 sem o Governo aprovar o PNRPLA. Em Abril de 2010, quando o Governo decide pela solução alternativa a aprovação direta do PNRPLA.

Ao aprovar a reestruturação das “Estruturas de coordenação do combate à droga e às toxicodependências”, alargando as respetivas competências à definição e à execução das políticas relacionadas com o uso nocivo do álcool, cria a “Coordenação Nacional para os Problemas da Droga, das Toxicodependências e do Uso Nocivo do Álcool”, através do

²³¹ Jornal Público, 03-11-2009 - Há mais pessoas com dependência de álcool a procurar tratamento em centros públicos. Pg. 14. Escrito por: Catarina Gomes.

²³² - TSF / Bloco Noticioso 22-12-2009, 05:00 - João Goulão está de mãos atadas.

- lonline.pt, 22-12-2009 - Ainda há consumidores de droga condenados em Portugal.

Decreto-Lei nº 40/2010 de 28 de Abril²³³. No âmbito dessas estruturas foi criado, entre outros, o “Conselho Interministerial”, coordenado e representado, a nível político e governamental, pelo membro do governo responsável pela política da droga e problemas do álcool.

Foi na primeira reunião do Conselho Interministerial, a 26 de maio de 2010, que se aprovou o Plano Nacional para a Redução dos Problemas Ligados ao Álcool (PNRPLA) 2010-2012 entre outros documentos, substituindo-se ao Conselho de Ministros que até então tinha tido essa função.

Todavia, a aprovação integral do PNRPLA 2010-2012 não ficou isenta de limitações à sua implementação, tendo sido anunciado pelo responsável do MS²³⁴ que algumas medidas amplamente discutidas não iriam avançar.

Plano de combate ao alcoolismo entre os jovens em vigor e sem "medidas repressivas"

O Plano Nacional para a Redução dos Problemas Ligados ao Álcool 2010 -2012 entrou esta terça-feira em vigor, mas sem a aprovação de medidas efetivas previstas no próprio plano para combater o consumo de álcool entre os jovens. O Conselho Interministerial para os Problemas da Droga, das Toxicodependências e do Uso Nocivo do Álcool aprovou hoje aquele documento, que aguardava apreciação há um ano.

Em conferência de imprensa, em Lisboa, o secretário de Estado Adjunto e da Saúde, Manuel Pizarro, reconheceu que nos últimos anos tem havido um aumento do consumo de álcool - esporádico, regular e de grandes quantidades num curto período de tempo - sobretudo entre os mais jovens. Isto apesar de haver uma lei há oito anos que proíbe o consumo e a venda de álcool a menores de 16 anos.

João Goulão, presidente do Instituto da Droga e da Toxicodependência (com a tutela do álcool), presente também na conferência de imprensa, reconheceu que "a proibição não foi eficaz" porque "não há fiscalização". Por isso, Manuel Pizarro garantiu que será intensificada a fiscalização, mas não esclareceu quando e de que forma é que isso será feito, do mesmo modo que não prevê a aprovação de outras medidas.

A tutela considera que não é o momento para avançar com "medidas repressivas", tais como a passagem da proibição de venda de bebidas alcoólicas dos 16 para os 18 anos ou a redução da taxa de alcoolemia para os recém-encartados, propostas pelo próprio plano hoje aprovado.

Por isso, não está prevista para já qualquer alteração legislativa no sentido de efetivar medidas de combate ao consumo de álcool, e mesmo no que respeita à publicidade não se preveem restrições, tendo a tónica sido sempre posta na autorregulação.

"Não começamos por alterações de medidas legislativas", afirmou Manuel Pizarro, justificando que estas são propostas no horizonte de 2012, pelo que entende como prioritário "começar por medidas de informação, sensibilização e responsabilização, que criem o ambiente para futuramente, se necessário, se avançar com medidas repressivas".

Essa necessidade, ou não, será dada pelos resultados do estudo intercalar - a apresentar em 2011 - que dará conta dos resultados das campanhas de sensibilização e de outras medidas já em curso, tendo em conta os objetivos traçados no plano.

Estes objetivos, com metas padronizadas para que seja possível avaliar os resultados, são: inverter o consumo, baixar o número de mortes por sinistralidade devido ao álcool, baixar a mortalidade associada ao álcool e baixar o consumo per capita.

Manuel Pizarro sublinhou, a propósito das campanhas de sensibilização, que "o esforço prioritário não pode

²³³ Decreto-Lei nº 40/2010 de 28 de Abril. Publicado no D.R. 1.ª Série, N.º 82, de 28 de Abril de 2010, pg. 1462-1566. Cria a “Coordenação Nacional para os Problemas da Droga, das Toxicodependências e do Uso Nocivo do Álcool”, garantindo uma eficaz coordenação e articulação entre os vários departamentos governamentais envolvidos nos problemas relacionados com a droga, as toxicodependências e o uso nocivo do álcool e introduzindo diversas estruturas e funções de atuação transversal:

- A nível político e governamental, representado no “Conselho Interministerial” e na figura de membro do governo responsável pela política da droga e problemas do álcool;
- A nível técnico, com a criação de uma “Comissão Técnica do Conselho Interministerial” composta por representantes dos ministros que integram o Conselho Interministerial;
- A nível de coordenação, assegurado pelo “Coordenador Nacional”;
- A nível da sociedade civil, representada no “Conselho Nacional

²³⁴ Sic Online, 26-05-2010 - Plano de combate ao alcoolismo entre os jovens em vigor e sem "medidas repressivas".

ser só do Estado, mas de todos os cidadãos e famílias"

Para o governante, deve haver uma consciencialização de que o início do consumo de álcool em idades jovens aumenta a propensão para o consumo em adulto, de que as grávidas e puérperas devem ter total abstinência e que quem conduz não deve mesmo consumir bebidas alcoólicas.

A única data concreta anunciada hoje foi a do arranque de uma nova rede de referência para doentes com problemas de consumo de álcool em junho.

Sic Online, 26-05-2010

Esta atitude do secretário de estado da Saúde, representando a tomada de decisão política do Governo, acabou por pontuar uma posição contra à implementação de medidas específicas defendidas pelos responsáveis pelo PNRPLA, coincidentes com a posição dos atores sociais envolvidos na Indústria do Álcool, que as combateram amplamente desde o início, mas que foram apreciadas e elogiadas pelas ONGs e outros representantes da Sociedade Civil.

Informações recolhidas junto do IDT durante a investigação²³⁵ deram conta que na aprovação do PNRPLA as principais fontes de pressões para essa posição do Governo tiveram origem dentro do próprio Governo e advieram mais uma vez dos interesses setoriais defendidos por tutelas específicas, como a Agricultura, Economia, Desporto, Administração Interna ou Finanças. Assim, o apoio do Governo à aprovação do PNRPLA, às políticas públicas e às condições para a sua implementação parecem ter sido fruto de intensa negociação e conjugação de interesses, que as premissas da Saúde Pública não conseguem ultrapassar ou sobrepor, numa antítese do lema "Saúde em todas as Políticas".

A decisão do Governo de não implementar determinadas medidas do lado da oferta de bebidas alcoólicas (disponibilidade e acesso), que foram consideradas "repressivas" e "de combate ao consumo de álcool", resulta em última instância numa proteção do mercado, favorecem aos interesses da Indústria do Álcool e se aproximam da sua posição. Os argumentos para essa decisão também são semelhantes aos da Indústria quando se alega que a proibição não foi eficaz e é preciso intensificar a fiscalização. Mas vai além quando não vê razões para implementar uma redução das taxas de alcoolémia a condutores recém-encartados (diante de evidências de um aumento do consumo na população mais jovem) ou quando abre mão de regular a publicidade em favor de uma autorregulação feita pela Indústria e seus parceiros (diante de evidências e constatações claras sobre a existência de subterfúgios aos princípios da lei vigente e as violações às regras impostas à publicidade de bebidas alcoólicas). As medidas

A decisão do Governo definiu igualmente as medidas que serão implementadas prioritariamente: investir em estratégias focadas nos consumidores como "informação, sensibilização e responsabilização", com o objetivo de criar um ambiente favorável a redução da procura de bebidas alcoólicas, enfatizando que esse esforço do Estado deve ser acompanhado por um esforço semelhante dos indivíduos e famílias. Essas estratégias coincidem também com aquelas defendidas e aceites pela Indústria do Álcool. Os seus representantes alegam que os consumidores necessitam ser educados para o consumo responsável e moderado e que apenas uma minoria de consumidores é responsável por um comportamento de abuso e por potenciais danos consequentes, comportamento que não desejável pela própria Indústria.

A atividade dos Partidos Políticos e do Governo

Tanto o desenvolvimento de um plano para os PLA por parte do IDT, como a apresentação pública de uma proposta no início de 2009, não foram acompanhadas de intervenções significativas dos partidos políticos. A apresentação de uma pergunta ao

²³⁵ Notas de recolha de informação e observação participante junto do IDT e do FNAS.

MS²³⁶, feita pela Deputada independente Luísa Mesquita (ex-deputada do PCP) em Fevereiro de 2009 permitiu que as orientações governamentais das políticas do álcool fossem melhor esclarecidas.

As perguntas dirigidas ao MS simultaneamente a apresentação pública das linhas gerais do PNRPLA, constatava a falta de meios e ausência de estratégias explícitas para lidar com os PLA e interrogava o MS sobre a facilidade de acesso ao álcool por parte dos jovens, adoção de medidas legislativas para inibir esse acesso e um ponto da situação sobre as ocorrências que nos últimos anos alteraram a prevenção e prestação de cuidados de saúde na área dos PLA.

PERGUNTA N.º 1354/X (4.ª)

Destinatário: Ministério da Saúde

Assunto: Consumo excessivo de álcool entre os jovens tornou-se mais precoce nos últimos anos

Exmo. Sr. Presidente da Assembleia da República

(...)

«Recentemente, o Presidente do IDT, Dr. João Goulão, admitiu que há falhas no controlo e fiscalização da venda de álcool a menores de 16 anos e que é necessário aperfeiçoar os mecanismos de fiscalização e de responsabilização para quem incumpe.

Considerando estes dados, os estudos publicados e as diretivas comunitárias, solicito, ao abrigo da alínea d) do artigo 156.º da Constituição da República Portuguesa e em aplicação do artigo 229.º do Regimento da Assembleia da República, ao Ministério da Saúde que me informe, com urgência, do seguinte:

1 - Qual a avaliação que o Governo faz da Resolução do Conselho de Ministros n.º 166/2000 no que ao seu cumprimento diz respeito?

2 - Dado o agravamento da situação nacional relativamente ao consumo de álcool, quais as novas medidas legislativas e outras que o Governo pretende pôr em prática para o combater?

3 - Está o Governo disponível para alterar a idade legal de acesso ao consumo de álcool, como está proposto pela União Europeia e genericamente aceite por muitos países europeus e também no anterior (2008) e no atual (2009) Planos Nacionais para Redução dos Problemas ligados ao álcool?

4 - Quais as consequências práticas da integração do problema do alcoolismo no IDT, quer no âmbito da prevenção quer no âmbito do tratamento?

5 - Com a integração desta temática no IDT, quais as competências e articulação dos Centros de Alcoologia do Norte, Centro e Sul com o referido Instituto?

6 - Quais os hospitais, integrados no Serviço Nacional de Saúde, que disponibilizam aos utentes uma unidade de prestação de serviços?

7 - Que razões determinam que o Hospital Distrital de Santarém procedesse ao encerramento da Unidade de Alcoologia que aí funcionava?»

Palácio de São Bento, 25 de Fevereiro de 2009

A Deputada Luísa Mesquita

A resposta do Gabinete da Ministra da Saúde às perguntas ocorreu em Abril de 2009²³⁷ e permitiu ver esclarecida a visão oficial sobre como eram vistas determinadas medidas e políticas públicas que compõem as políticas do álcool em geral, bem como as escolhas feitas pelo Governo que levou a uma mudança de plano e abordagem.

A primeira parte da resposta dada pelo MS e reproduzida a seguir dá a entender, antes de mais, uma discordância de base ideológica em relação às políticas públicas que foram desenvolvidas até então e assinalam que as atuais escolhas seguiriam outra direção.

²³⁶ Pergunta 1354/X/4 de 2009-02-25. Assunto: Consumo excessivo de álcool entre os jovens tornou-se mais precoce nos últimos anos. Autores: Luísa Mesquita (Ninsc) (PCP). Enviada ao Ministério da Saúde. [DAR II série B N.º78/X/4 2009.03.05 (pág. 42-43)].

²³⁷ Resposta do Ministério da Saúde de 2009-04-14 à Pergunta 1354/X/4 de 2009-02-25 [DAR II série B N.º107/X/4 2009.04.14 (pág. 113-116)].

Essas escolhas parecem não considerar evidências científicas ou recomendações internacionais dirigidas à eficácia da resposta ou à efetividade dos resultados das diversas medidas, mas uma abordagem que rejeita ou minimiza ideologicamente medidas de regulação do mercado, da disponibilidade e do acesso (que são aquelas que demonstram maior evidência de efetividade e são as mais recomendadas aos países). Por outro lado, privilegia intervenções genéricas de promoção da saúde e autorregulação da Indústria do Alcool (que são medidas com poucas ou nenhuma evidência de efetividade disponível). Essa escolha é, em certo momento do texto, justificada pelo fracasso da implementação do PACA, nomeadamente relacionado com a falta de comprometimento e colaboração da Indústria do Alcool durante todo esse período e a falta de intervenção dos serviços responsáveis pela implementação das medidas regulatórias. Mas, logo a seguir enfatiza, promove e defende uma abordagem em que seja essa mesma Indústria a implementar agora medidas próprias para atingir os efeitos que não foram alcançados antes, por não ser do interesse desses atores, assim como consequência disso isenta os serviços do Estado de atuar e se responsabilizar pela Saúde Pública.

ASSUNTO: Pergunta n.º 1354/X/(4. ª) - AC de 25 de Fevereiro de 2009 da Senhora Deputada Luísa Mesquita. O consumo excessivo de álcool entre os jovens tornou-se mais precoce nos últimos anos.

(...) «O Plano de Ação contra o Alcoolismo, aprovado pela Resolução de Conselho de Ministros n.º 166/2000, acompanhou as perspetivas do Conselho Técnico de Alcoologia e as Recomendações do Plano de Ação Europeu sobre o Alcool (1992-1999 e 2000-2005), da iniciativa da Organização Mundial de Saúde-Europa.

As suas orientações de atuação preconizadas nesse Plano e as medidas a tomar propostas, embora apresentando uma componente de promoção e educação para a saúde e outra de criação de uma rede alcoológica nacional, privilegiavam a componente proibicionista em termos de legislação e fiscalização.

No entanto, em virtude do comprometimento insuficiente das entidades ligadas à produção e distribuição de bebidas alcoólicas, aliado a uma relativa indefinição quanto às entidades responsáveis pela execução do Plano de Ação contra o Alcoolismo, algumas das medidas contempladas não chegaram a ser implementadas ou não produziram o efeito esperado.

O novo Plano, que adiante explanamos, prevê estruturas de coordenação e reforça as propostas em matéria de promoção da saúde, investigação e rede alcoológica nacional. Em relação a medidas legislativas, apenas são consideradas alterações relativamente à idade de acesso ao consumo de álcool e ao valor máximo de alcoolemia admissível para os recém-encartados.

Por outro lado, foi dado maior ênfase à autorregulação e ao cumprimento de códigos por parte das associações de produtores, industriais e comerciantes de bebidas alcoólicas. (...)»

A Chefe do Gabinete - Filomena Parra da Silva

Em seguida, a resposta aborda a elaboração da proposta do PNRPLA, “tendo como pano de fundo a Estratégia da União Europeia e convocando para o efeito a participação de todos os parceiros”, para em seguida confirmar a inclusão de medidas de “alteração da idade legal de acesso ao consumo de álcool (...) em linha com o proposto na Estratégia da União Europeia”. Por fim, antes de se estender por uma descrição do processo que levou o IDT a formular o PNRPLA e a desenvolver os serviços de saúde específicos para os PLA, justifica as opções estratégicas assumidas no novo plano para os PLA como uma reprodução das estratégias consideradas de sucesso para as drogas ilícitas:

«(...) Assumindo que o sucesso constatado nas políticas relativas às substâncias ilícitas resulta de uma abordagem equilibrada entre as medidas de redução da oferta e da procura, entende-se que também nas políticas do álcool esse equilíbrio deve ser mantido, com as necessárias adequações. É nesta perspetiva que a introdução de uma dificuldade acrescida no acesso a bebidas alcoólicas por menores será encarada.(...)»

O que ocorre é que as estratégias das drogas ilícitas favorecem mais medidas de saúde relacionadas com uma redução da procura do que redução da oferta, típicas da área repressão policial e combate ao tráfico. A diferença fundamental entre as duas políticas reside justamente em que nas drogas ilícitas não existe um mercado legal que precisa ser regulado e controlado, apenas tráfico que precisa ser combatido, o que pressupõe a

adoção de uma série de medidas específicas de Promoção e proteção da Saúde. Soma-se a esse desequilíbrio produzido, o fato da Estratégia da União Europeia ser direcionada aos países-membros e desse modo possuir recomendações que dão ênfase a medidas que não interferem com o ordenamento internos dos seus membros, como leis e regulamentos. Todavia, o estudo que serviu de base a Estratégia da União Europeia (Anderson & Baumberg, 2006) era claro na recomendação de adoção de medidas legislativas de controlo do mercado para redução da disponibilidade e do acesso ao álcool.

A continuidade da resposta do Ministério da Saúde se dedica a explicar o desenvolvimento do trabalho do IDT em relação a abordagem dos PLA, com a inserção imediata do problema nas estruturas existentes, dando prioridade às intervenções preventivas, o que reforça a ideia de que desde o início se procurou dar uso às estruturas e serviços já existentes para promover uma resposta possível, mas sem se perceber se esta era a resposta necessária e efetiva no caso do álcool:

«(...) O IDT assumiu desde logo a prevenção como um eixo indispensável que alia, num processo contínuo, a inovação e a qualidade das práticas mais adequadas aos contextos a que se destina, desde intervenções de âmbito universal e Informativo, até intervenções mais seletivas e indicadas.

Assim, foram incluídos projetos de prevenção na área do álcool, quer na atividade desenvolvida diretamente pelas equipas do IDT e seus parceiros, quer nos programas que contemplam contratualização com entidades externas (no âmbito do Plano Operacional de Respostas Integradas e do Programa de Intervenção Focalizada).(...)»

Esta situação somente não ocorreu de forma tão incisiva na área de tratamento, onde as estruturas dos CRAs e a tentativa de há muito se criar uma rede alcoológica integrada no SNS permitiram manter o foco e a essência do atendimento necessário. De qualquer forma se verifica que, passados alguns anos desde 2006, as alterações necessárias ao amplo atendimento de alcoólicos por todos os serviços ainda está por concretizar:

«(...) No que se refere ao tratamento, o IDT procura responder com eficiência às necessidades da população com consumos problemáticos de álcool, nomeadamente dos grupos mais vulneráveis, num registo simultaneamente vertical (rede de referência) e horizontal (articulação dos diferentes vetores de atuação).

A Integração dos Centros Regionais de Alcoologia, transformados em Unidades de Alcoologia, permitiu a incorporação no IDT de um conjunto de profissionais com grande experiência nesta área. A partir dessa experiência foi organizado um programa de formação dirigido a profissionais das outras unidades do IDT, com o intuito de apetrechar as equipas com o saber indispensável à abordagem específica das questões do álcool. Pretende-se que toda a estrutura do IDT esteja apta a abordar, também, as questões ligadas ao abuso do álcool, mantendo como referência as unidades específicas.

No Plano em vias de aprovação, prevê-se a criação de uma Rede de Referência, cuja primeira linha competirá aos cuidados de saúde primários, a segunda às unidades do IDT (equipas de tratamento dos CRI) e a terceira às Unidades de Alcoologia do IDT e Unidades de Alcoologia dos Serviços de Saúde Mental dos Hospitais. Esta rede tem como objetivo principal a definição clara de competências, circuitos de referência e responsabilidades, adequadas à realidade de cada uma das regiões, com vista à otimização da capacidade de resposta das estruturas existentes.

No âmbito da preparação da Rede, está a ser realizado um levantamento dos hospitais integrados no Serviço Nacional de Saúde que disponibilizam Unidade de Alcoologia. (...)»

A Chefe do Gabinete - Filomena Parra da Silva

Ainda em Abril de 2009 foi apresentado a AR um Projeto de Resolução²³⁸ pela Deputada Luísa Mesquita, que “recomendava ao Governo, perante os preocupantes dados disponibilizados pelo plano nacional para a redução dos problemas ligados ao álcool

²³⁸ Projeto de Resolução n.º 462/X/4. Primeiro Subscritor: Luísa Mesquita. Título: Recomenda ao Governo, perante os preocupantes dados disponibilizados pelo plano nacional para a redução dos problemas ligados ao álcool 2009 - 2012 um conjunto de medidas para diminuição à exposição ao álcool e às suas consequências nefastas em crianças e jovens. Publicação: DAR II série A n.º 98, de 2009-04-16. Baixa comissão para discussão à Comissão de Saúde.

2009 - 2012 um conjunto de medidas para diminuição à exposição ao álcool e às suas consequências nefastas em crianças e jovens”, que seguiu para discussão e apreciação na Comissão de Saúde sem que se tenha registo de ter sido votado.

Jovens. Luísa Mesquita apresentou um projeto no Parlamento que defende idade mínima de consumo aos 18 anos e a fiscalização sistemática nos locais onde se vendem bebidas

A deputada independente Luísa Mesquita apresentou ontem na Assembleia da República um projeto de resolução que propõe ao Governo a adoção de medidas que limitem o acesso de jovens e crianças a bebidas alcoólicas.

Entre as sete medidas para combater o consumo de álcool está a alteração dos 16 para os 18 anos da idade mínima legal de compra e consumo de álcool em locais públicos.

No documento, a deputada defende "a fiscalização sistemática nos locais de consumo e venda de bebidas alcoólicas e a posterior informação dos resultados dessas intervenções". Luísa Mesquita propõe ainda que os estabelecimentos de ensino tenham técnicos qualificados para "encaminhar e enquadrar crianças e jovens com problemas próprios relativamente ao consumo excessivo do álcool".

Jornal Diário de Notícias, 04-04-2009 - Deputada propõe restrições ao álcool. Pg. 21.

Em meados de 2009, a presença do responsável do IDT foi requerida na Comissão de Saúde da AR, especificamente para que este pudesse relatar e discutir com os deputados os detalhes sobre os conteúdos em causa na proposta de plano apresentada ao Governo. Em relação ao acontecimento relatado pelos meios de comunicação, não se identificou a intenção que movia os deputados ao receber informação a respeito, nomeadamente quando os maiores interessados pareciam pertencer ao partido do Governo. No que diz respeito aos partidos da oposição ao Governo, levantaram dúvidas sobre a exequibilidade financeira do plano e sobre a legítima vontade de se implementar medidas restritivas, tendo em conta o perfil de atuação do IDT conhecido como mais liberal em relação ao consumo de substâncias.

«O presidente do Instituto da Droga e da Toxicodependência é hoje ouvido na comissão parlamentar de Saúde sobre o Plano Nacional para a Redução dos Problemas Ligados ao Álcool e para fazer o ponto da situação da Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga.

A ida de João Goulão à Comissão Parlamentar da Saúde foi requerida pelo PS. Segundo disse à Agência Lusa a deputada socialista Antónia Almeida Santos, a presença do presidente do IDT na Comissão Parlamentar de Saúde foi requerida porque os deputados do PS pretendem saber pormenores sobre o Plano Nacional para a Redução dos Problemas Ligados ao Álcool.

“Entendemos que o presidente do IDT deve apresentar na Assembleia da República as linhas gerais do plano, que aguarda aprovação em conselho de ministros”, disse.. (...)

O Plano Nacional de Combate ao Alcoolismo deverá ser aprovado em Conselho de Ministros durante o mês de Junho, segundo disse à Lusa o secretário de Estado da Saúde, Manuel Pizarro, no final de Maio.»

Diário Digital, 09-06-2009 - Alcoolismo: Presidente do IDT é hoje ouvido no Parlamento. Escrito por Lusa

CDS considera que políticas contra as dependências "são complacentes e despreocupadas"

O PS levou ontem João Goulão ao Parlamento para explicar o novo plano contra o álcool, que proíbe o consumo abaixo dos 18 anos, à espera de aprovação pelo ministério. Sem se mostrar contra a medida, a oposição levantou muitas dúvidas quanto à sua exequibilidade. Bruno Dias, do PCP, acusou o governo de não dotar o plano com um orçamento próprio, já que "as medidas de ação devem ser financiadas a partir do orçamento das entidades envolvidas".

Mas as grandes críticas partiram de Teresa Caeiro, do CDS. A deputada acusou o presidente do Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT) de ter "alguma dificuldade em encarar proibições" e "uma atitude complacente e despreocupada para com as dependências".(...)

lonline.pt, 10-06-2009 - Novo plano contra o álcool avança sem verbas próprias. Escrito por Rute Araújo

No final de 2009, o responsável do IDT voltou a AR para apresentar o relatório de atividades do ano anterior do instituto. Nessa altura se pronunciou sobre os PLA e a intervenção do IDT, admitindo a espera prolongada pela aprovação do PNRPLA e

dificuldades em desenvolver as atividades previstas, justificando entretanto o atraso com a agenda do Governo anterior e com as eleições. Não se identificou, nesta ocasião, reações públicas dos deputados da AR, entretanto renovada com as eleições.

«O presidente do Instituto da Droga e Toxicodependência (IDT) defendeu esta segunda-feira que o álcool é também uma droga, cujo consumo intensivo tem efeitos «altamente perniciosos», havendo jovens com menos de 30 anos a quem foi detetada cirrose hepática, refere a Lusa. (...)

João Goulão assume que o IDT está pronto a assumir o combate contra o problema do álcool e que já avançou com propostas concretas nesse sentido. Defendeu intervenções que levem à redução da oferta e da procura, sendo a primeira possível através do aumento da idade mínima a partir da qual é admissível a aquisição de álcool. Tratamentos e outras medidas preventivas teriam um efeito na redução da procura, em articulação com outros serviços do Estado, indicou.»

Tvi24.iol.pt, 21-12-2009 - Alcool: têm menos de 30 anos e cirrose hepática. Escrito por Lusa.

«(...) Foi apresentado em Maio, mas continua à espera de aprovação o plano de combate ao alcoolismo, que deveria ser aplicado entre 2009 e 2012. Este atraso acontece apesar de todos os relatórios darem conta de um aumento do consumo de álcool no país, sobretudo, entre os jovens em idade escolar.

O presidente do Instituto da Droga e Toxicodependência (IDT), João Goulão, foi esta segunda-feira ao Parlamento dar conta do último relatório sobre o consumo de drogas, mas acabou por admitir que é longa a lista de matérias paradas nesta área à espera das decisões da tutela.

É também o caso do programa de troca de seringas nas cadeias que nunca chegou a arrancar, mas o atraso mais notório é mesmo na estratégia de combate ao alcoolismo. Pela primeira vez, há jovens com menos de 30 anos com cirrose hepática, quando o tradicional era detetar a doença em pessoas com mais de 60 anos. O aumento para os 18 anos da idade legal para o consumo de álcool faz parte do plano que continua à espera de aprovação do Governo.

“Houve outro tipo de prioridades naquela parte inicial do ano, entretanto, entramos nestes ciclos eleitorais e a coisa foi derrapando. Tanto quanto sei, não há nenhum desejo de esquecer este plano, aliás, penso que está para agendamento em Conselho de Ministros”, afirma o presidente do IDT.

Apesar do atraso, o Governo extinguiu os centros de alcoologia no país e passou as suas funções para o Instituto da Droga e da Toxicodependência, mas não foram atribuídos mais meios.

O programa de reestruturação da administração pública levou à saída de profissionais e impôs limites à contratação de novos, que agora faltam. (...)»

Rádio Renascença Online, 22-12-2009, 02:07 - Atraso no plano de combate ao alcoolismo.

Ainda no início de Janeiro de 2010 o Partido CDS-PP ainda enviou um requerimento por intermédio da AR, à Ministra da Saúde²³⁹, referente a informações sobre o conteúdo e desenvolvimento do “Programa Nacional de Prevenção dos Problemas Ligados ao Alcool”. O programa mencionado fazia referência ao proposto pelo Plano Nacional de Saúde 2004-2010, e que deveria ter-se desenvolvido entre os anos de 2005 a 2010. Na resposta do Ministério da Saúde²⁴⁰ são descritas os constrangimentos e mudanças nas estruturas da Saúde, ocorridas desde 2004, que impediram que o Plano se desenvolvesse como planeado, nomeadamente a entrega das atribuições sobre os PLA ao IDT desse 2006, que possui os dados sobre a evolução do fenómeno e das atividades em seus relatórios. Por fim, confirma a existência de uma proposta de PNRPLA já elaborada e disponível que se encontra ainda para aprovação junto do Governo, sem contudo tecer considerações sobre o processo decorrido durante todo esse tempo.

- **Sociedade Civil, ONGs e Comunidade de Saúde:**

Muitos atores sociais da Comunidade de Saúde, que acompanhavam criticamente a evolução da integração dos CRAs no IDT e da assistência aos indivíduos não só

²³⁹ Requerimento nº 70/XI/1ª de 7 de Janeiro dos deputados do CDS-PP Teresa Caeiro, João Serpa Oliva e Isabel Galriça Neto – Programa Nacional de Prevenção dos Problemas Ligados ao Alcool.

²⁴⁰ Resposta ao Requerimento nº 70/XI/1ª de 7 de Janeiro – Ofício nº 1232 de 12 de Março de 2010 do Gabinete da Senhora Ministra da Saúde.

alcoólicos, mas com outros problemas que afetavam a saúde e tinham origem no consumo de álcool, começaram a manifestar publicamente suas preocupações a partir dos acontecimentos a volta do Fórum sobre o Álcool em 2008, algumas das quais tiveram lugar nos meios de comunicação social, como o exemplo do Jornal Correio da Manhã:

«(...)O consumo de álcool é responsável por um terço das mortes violentas ocorridas em Portugal, revelou ontem Helena Teixeira, toxicologista do Instituto Nacional de Medicina Legal (INML), no Fórum Nacional sobre Álcool, que decorreu em Coimbra. Segundo a especialista, em 49% dos homicídios a vítima ou o agressor ingeriram bebidas alcoólicas e 32% das vítimas de acidentes de viação estava embriagada. No que diz respeito a mortes em consequência de acidentes de trabalho, 29% relaciona - se de forma direta com o consumo de álcool, o mesmo sucede com 25% das vítimas de acidentes domésticos. A existência de álcool no sangue pode levar a "comportamentos desviantes e de risco ou mesmo a criminalidade", afirmou a toxicologista forense, que abordou ainda "os perigos da associação de substâncias psicotrópicas ao álcool"»

Já o patologista Tato Marinho revelou que na década de 1991/2001 houve 27167 mortes por cirrose no nosso país. Segundo o médico, "60% a 70% das cirroses deve -se ao consumo de álcool", sendo que "os doentes são cada vez mais jovens".(...)

Correio Manhã, 26-06-2008 - Álcool é causa de mortes violentas: revela especialista do IML. Pg. 52. Escrito por Cátia Vicente

Uma das críticas mais incisivas dos atores sociais da Saúde à estratégia do Governo para os PLA surgiu de um editorial de Daniel Sampaio no Jornal o Público, um mês depois do Fórum sobre o Álcool e a seguir ao anúncio da comparticipação do Estado ao tratamento dos alcoólicos em instituições convencionadas com o IDT:

«O "Diário de Notícias" noticiava há dias a comparticipação do Estado nos tratamentos de alcoólicos realizados em unidades privadas de saúde, de modo semelhante ao que já se verifica com outras dependências.

Desconheço se esta medida agora enunciada se enquadra num Plano Nacional de Combate ao Alcoolismo, prometido há muito e adiado, ao que parece, para depois do Verão; mas não posso deixar de manifestar a minha surpresa por esta proposta, que surge na imprensa de modo súbito e desenquadrado.

Esta decisão, a existir de facto, não é prioritária. Se todos os dias somos confrontados com as dificuldades financeiras do Serviço Nacional de Saúde (SNS), que sentido faz aumentar os seus gastos, em vez de começar por racionalizar as respostas e poupar dinheiro?

As estruturas verticais justificam-se perante sérias questões de saúde, a exigir uma concentração de recursos excecional, mas nunca devem ser postos em ação sem primeiro responsabilizar os serviços "regulares" por alguma resposta ao problema. Os serviços específicos de luta contra as drogas tiveram razão de ser perante a dimensão do problema, mas a sua formação conduziu a uma desresponsabilização quase total dos técnicos já existentes noutros pontos do SNS.

O alcoolismo é também uma grave questão de Saúde Pública, causadora de muitas perturbações da saúde física e mental, bem como absentismo e sinistralidade rodoviária, estando na base da maioria das situações de violência conjugal e familiar. Faz todo o sentido tornar prioritária a resposta do SNS, mas a ação deve ser bem equacionada, para evitar erros que poderão ser fatais.

Em primeiro lugar, impressiona verificar como as medidas de prevenção primária têm sido pouco aplicadas: deveria começar-se por decisões de ordem legislativa e económica que possam limitar o "acesso", como fiscalização de bares e discotecas com proibição de venda e consumo a menores e multas severas para quem não cumprisse a lei; lançar ao mesmo tempo medidas de ordem informativa e educativa que limitem a "procura", como campanhas de esclarecimento em escolas e locais frequentados pelos jovens; e medidas de ordem geral de educação para a saúde, aproveitando a existência de professores-coordenadores de Saúde já nomeados na maioria das escolas básicas e secundárias: programas de prevenção dos consumos de álcool poderiam ser organizados nos estabelecimentos de ensino, segundo a metodologia de projeto, elaborados pelos alunos e com apoio de médicos e enfermeiros dos Centros de Saúde vizinhos.

A nível da prevenção secundária, são cruciais as medidas de intervenção precoce no diagnóstico e no tratamento imediato dos indivíduos já atingidos, mas todos sabemos como é difícil obter uma intervenção ajustada, mesmo num indivíduo que aceite tratar-se, devido ao atraso nas marcações dos serviços. A resposta não deverá ser, no entanto, o envio imediato para o sector privado, antes da implicação dos Centros de Saúde e sobretudo dos Departamentos de Psiquiatria no tratamento dos doentes alcoólicos. Assim, os psiquiatras do SNS deveriam ser organizados em consultas de diagnóstico e terapêutica, em articulação com os serviços do Instituto da Droga e da Toxicodependência, atualmente responsáveis por este problema de saúde.

A possibilidade de recurso ao sector privado, medida que não contesto se for necessária, só deveria ser

anunciada depois da reorganização dos serviços públicos, o que não sucedeu.

A nível da prevenção terciária, são também urgentes medidas terapêuticas que limitem as sequelas da doença e medidas relativas à reintegração social do alcoólico já tratado, à sua readaptação à sociedade e implicação da comunidade no seu processo de reinserção.

Esperemos que tenha sido uma notícia parcelar de uma nova política de combate aos problemas do alcoolismo: convém mudar, mas é essencial ter intervenções integradas e globais que possam ser avaliadas nos seus resultados, de outro modo tudo ficará na mesma, apenas com a certeza de mais gastos para todos nós.

Daniel Sampaio»

Jornal Público / Pública, 27-07-2008 - De novo o álcool. Pg. 58. Escrito por Daniel Sampaio

Abordando a própria lógica do que seria uma estratégia para os PLA, a análise passa pela participação de tratamentos de alcoólicos, da capacidade de rede pública reestruturada, da intervenção dos Cuidados de Saúde Primários, da necessidade de integração da prestação dos serviços de saúde do IDT no SNS, e a pouca ênfase na legislação e fiscalização que poderia proteger os mais jovens, entre outros. Deixa subentendido em poucas linhas que a ação pública do IDT e do Ministério da Saúde para a reestruturação das políticas do álcool e estruturas é pouco reflexiva e planeada, com indícios de respostas pontuais dadas às necessidades emergentes ou aos interesses presentes.

No final de 2008, quando o plano para os PLA do IDT já estava em finalização, mas ainda não tinha sido divulgado, a situação do consumo de álcool, dos PLA e das políticas do álcool continuam a ser discutidas pelos especialistas e algumas indicações são veiculadas publicamente:

«(...) Sair à noite é igual a beber

Rui Tato Marinho, presidente da Associação Portuguesa para o Estudo do Fígado, fala de casos de cirrose hepática aos 30 anos, "alcoólicos puros" que bebem uma garrafa de uísque por noite. Está provado que o risco de dependência aumenta quase 50 por cento se as bebedeiras começarem aos 13 anos, alerta.

"Não tem graça sair sem beber", ouve a médica Fátima Ismail da boca de alguns jovens. "Se eu não beber sou o único que está sério. Fico à parte do grupo." A coordenadora da consulta de alcoologia do Hospital de Santa Maria, em Lisboa, fala de alcoolizações aos 12 e 13 anos - "a partir dos 25 a 27 anos já há pessoas na consulta". Estes jovens alcoólicos chegam-lhe com "alterações de comportamento, pânico, convulsões, quadros depressivos". Em comum têm o facto de surgirem "sem profissões estáveis, sem família constituída".

Fátima Ismail teme que o número de doentes alcoólicos continue a aumentar, porque "as gerações mais novas bebem mais que as gerações anteriores" e esse consumo é muitas vezes a porta de entrada para a mistura com o haxixe ou outras substâncias psicotrópicas. Por outro lado, "há uma tendência para aumentar nas mulheres", que não toleram tanto o álcool, nota a médica. "Com menos quantidades de álcool atingem alcoolemias mais elevadas" e os efeitos tóxicos são mais graves.

Morte aos 29 anos

Laura Leça, diretora do Centro Regional de Alcoologia do Norte, conta que os jovens que os procuram a pedir a ajuda chegam por regra "quando a situação já está avançada". A médica - que recebe muitos na casa dos 20 e assistiu mesmo a um caso de morte por cirrose hepática aos 29 anos - alerta para consumos cada vez mais precoces, "em que as próprias famílias não resistem à pressão de pré-adolescentes que já insistem em ter as suas festas fora de casa".

O diagnóstico está traçado, mas a sociedade não parece estar alertada para o problema, concordam os especialistas. "Os pais têm que ser alertados", sublinha Célia Franco, apontando para "a permissividade com que os pais deixam sair os filhos e embriagarem-se".

A médica diz que está provado que o aumento do preço das bebidas e da idade mínima legal são eficazes na diminuição do consumo e lembra que, legalmente, a venda de álcool é proibida a menores de 16 anos, mas "não há qualquer controlo na venda em supermercados", por exemplo.

Laura Leça diz mesmo que é urgente subir a idade mínima dos 16 para os 18 anos, notando que naquelas idades "não há maturidade do fígado para metabolizar o álcool". E lembra o tempo que se demorou a tomar medidas contra o tabaco, quando a evidência científica há muito alertava para os riscos para a saúde. (...)»

Jornal Público, 21-12-2008 - Nova geração de alcoólicos tem menos de 30 anos. Pg. 1 e 4. Escrito por

Numa análise mais atenta da forma como foi desenvolvido o plano para os PLA, percebe-se que a maior parte desses especialistas não foram chamados ou não se voluntariaram para participar ou dar seu contributo no desenvolvimento do plano para os PLA, que se centrou num trabalho de consenso entre os representantes de serviços da Administração Pública e Saúde, ONGs e Indústria do Alcool, podendo ser sintomático de um afastamento ainda presente entre os tradicionais especialistas nos PLA e os atuais responsáveis pelo álcool do IDT.

Ao ser posto em discussão pública o PNRPLA, em fevereiro de 2009, mais atores sociais de ONGs identificaram desvios nas estratégias seguidas. Para além da área específica da Saúde, outras áreas correlatas que são afetadas pelo consumo de álcool não viram, mais uma vez ao longo dos anos, transpostas a totalidade das recomendações internacionais que defendiam, como no caso do álcool e da condução, manifestando o seu desagrado nos meios de comunicação social:

«Plano fica aquém das expectativas

O Plano Nacional para redução dos problemas do álcool fica aquém das exigências comunitárias, defende o representante da Associação de Cidadãos Auto mobilizados, João Manuel Ramos.

(...) O documento elaborado pelo Instituto da Droga e da Toxicodependência prevê ainda a redução da taxa de alcoolemia para condutores com menos de três anos de carta.

Manuel João Ramos diz que o documento fica aquém das recomendações, porque se trata de “uma aplicação parcial de uma recomendação europeia já antiga, que se refere à necessidade de distinguir, condutores recentemente encartados e condutores profissionais”.»

Rádio Renascença, 08-02-2009, 15:36 - Plano fica aquém das expectativas. Online

Seguiram-se de imediato muitas outras manifestações públicas de apoio, crítica e pedidos de reforço a medidas específicas que se tornaram o centro das polémicas na comunicação social no decorrer dos anos, nomeadamente a proibição de venda e consumo para menores de 18 anos e a redução da taxa de alcoolemia para os novos condutores e profissionais, a publicidade e a rotulagem de bebidas, o aumento de preços e impostos e a fiscalização das medidas legislativas. Referências claras ao *lobby* da Indústria que teria afetado as decisões dos Governos e a implementação das medidas foram também sistemáticas.

«Segundo João Goulão, o plano propõe que a idade legal mínima para o consumo de álcool passe dos 16 para os 18 anos. (...) Outra das propostas do plano passa por reduzir a taxa de alcoolemia para os condutores recém-encartados, recomendação que resulta de uma estratégia da União Europeia. (...)

O presidente da Associação Portuguesa para o Estudo do Fígado, Rui Tato Marinho, aplaudiu as propostas que integram o Plano Nacional para a Redução dos Problemas Ligados ao Alcool, afirmando que a experiência em dezenas de países mostra os benefícios. “A principal causa de morte nos jovens em Portugal são os acidentes nas estradas e por cada morte há mais 3 ou 4 que ficam deficientes para toda a vida”, explica, defendendo que esta realidade só por si justificaria as novas medidas. Deste modo, Rui Marinho advoga que, “nos grupos de maior risco, onde os jovens se incluem, as medidas de segurança sejam apertadas ao máximo”. Sobre a alteração, dos 16 anos para os 18 anos, da proibição de venda de álcool, afirma não ter qualquer dúvida de que se justifica “do ponto de vista médico e de saúde”.»

Jornal Primeiro Janeiro, 09-02-2009. Novo plano para reduzir problemas com álcool. Pg. 12.

«“O problema são os lobbies ligados às bebidas alcoólicas e a vontade política”, sublinha médica (Célia Franco, psiquiatra do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra).

A subida da idade legal para compra de bebidas alcoólicas dos atuais 16 anos para os 18 anos, agora proposta pelo novo Plano Nacional para a Redução dos Problemas Ligados ao Alcool, já constava do anterior plano da área, aprovado em 2000 e que nunca saiu do papel. Outra das atuais propostas para “reduzir as consequências do consumo indevido do álcool” até 2012 é a redução da taxa de alcoolemia para novos condutores, uma medida que também já constava do Plano de Ação contra o alcoolismo que foi aprovado em Conselho de Ministros há oito anos e previa a execução das medidas “no prazo de 180 dias”.

Nem a subida da idade legal nem a redução da alcoolemia passaram à prática, assim como a maioria das outras metas previstas, tal como a proibição de patrocínios por marcas de bebidas alcoólicas de atividades dirigidas a menores.

"Mais importante do que avançar com medidas mais restritivas era fazer com que as leis que estão em vigor fossem cumpridas", defende Célia Franco, psiquiatra do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra que trata doentes alcoólicos. "Já ficaríamos muito satisfeitos se não vendessem bebidas a menores de 16 anos. A situação é de grande permissividade", diz.

Existe "uma distância entre o que se pode fazer e o que o poder económico deixa fazer. O problema aqui são os lobbies ligados às bebidas alcoólicas e a vontade política", sublinha a médica.

Laura Leça, diretora da Unidade de Alcoologia do Norte, afirma que aos técnicos cabe proporem "medidas cientificamente corretas" - como a subida da idade legal para os 18 anos, como é regra na União Europeia e é preconizado pela Organização Mundial de Saúde - mas "os políticos é que vão legislar".

A responsável defende que esta medida é tão exequível como foi a lei do tabaco, que teve claros benefícios para a saúde dos portugueses. O álcool passou a ser competência do Instituto da Droga e Toxicodependência nos últimos anos. O seu presidente, João Goulão, reconhece que algumas das metas foram "repegadas" do plano anterior e que "há dificuldades" de aplicação da legislação atual.»

Jornal Público, 11-02-2009 - Consumo de álcool acima dos 18 foi proposto há oito anos. Pg. 9. Escrito por Catarina Gomes.

«Em declarações à Renascença, o presidente do IDT diz que vão apresentar uma "proposta no sentido passar a idade legal da compra e consumo de bebidas em lugares públicos dos 16 para os 18 anos. Isto, acompanhado da necessidade de ser promovida uma fiscalização sistemática". Esta é uma medida que está a reunir consenso, sublinha João Goulão.

Indústria "boicotou avisos"

O presidente da comissão que preparou o anterior Plano de Combate ao Álcool (Álvaro Carvalho) acusa os representantes da indústria de terem boicotado os avisos nos rótulos das bebidas alcoólicas.

"Tal como acontece nos maços de cigarros, que venha o aviso no sentido de alertar, sobretudo as grávidas e os menores, dos riscos do consumo de bebidas alcoólicas. Não foi por acaso que a indústria nunca aceitou isto e tem sido aceite governamentalmente em Portugal. Tem havido forças de lobby poderosas que têm tido mais força do que o lobby antialcoólico. E, tanto quanto sei, até na preparação deste projeto, os representantes da indústria estiveram presentes até à última reunião e não assinaram os compromissos, alguns dos quais provocados por intervenções deles. Não é por acaso que isto aconteceu", acusa Álvaro Carvalho.»

Rádio Renascença Online, 13-02-2009 - IDT quer proibir venda a menores.

«(...) O aumento de impostos e as restrições à publicidade chegaram a ser discutidos, explicou ao DN o presidente do Instituto da Droga e Toxicodependência (IDT), a entidade que elaborou o plano, mas acabaram por ficar de fora: "Procurou-se fazer um plano com consensos e medidas que fossem possíveis pôr em prática" rapidamente. Até porque, acrescenta: "No Instituto, não tínhamos experiência de tentar compaginar interesses". (...)

O certo é que Helena Corte Real - coordenadora do estudo da Universidade Católica e da Faculdade de Medicina de Lisboa sobre os custos das doenças atribuíveis ao álcool considera que "aumentar o preço das bebidas, como mostra a experiência noutros países, é a maneira mais eficaz para reduzir o consumo".

Por outro lado, a especialista confessa-se chocada com a quantidade de publicidade a bebidas, outra questão que considera urgente atacar. Além disso, defende, é preciso mais esclarecimentos e mais fiscalização para proteger os menores de 16: "Ao contrário da droga, do tabaco e até da obesidade este é um problema muito desvalorizado".

(...) a gastroenterologista salienta que todos os estudos internacionais mostram que os gastos na saúde são apenas 10% do custo para o País - "com a queda na produtividade, a violência e criminalidade associada aquele valor dispara".»

Jornal Diário Notícias, 12-03-2009 - Aumento de impostos excluídos do plano do álcool. Pg. 9. Escrito por Patrícia Jesus

«(...) O hepatologista de Santa Maria (Rui Tato Marinho), que é também o presidente da Associação Portuguesa para o Estudo do Fígado (APEF), dá como exemplo a associação frequente entre marcas de bebidas alcoólicas e eventos juvenis, como festivais de música ou

iniciativas estudantis. Essas situações, diz Tato Marinho, "não deviam ser permitidas".»

Jornal Diário Notícias, 13-02-2009 - Há mais cirroses precoces por álcool, drogas e hepatites. Pg. 12

No decorrer do ano de 2009, a posição da Confederação Nacional das Associações de Pais, expressa publicamente a cada momento e no contexto dos acontecimentos em que os jovens estão inseridos, era clara em relação a proibição de consumo por menores e a disponibilidade de bebidas alcoólicas em eventos onde estejam presentes menores²⁴¹.

O presidente da Confederação Nacional das Associações de Pais (CONFAP), Albino Almeida, reprovou ontem a venda de bebidas alcoólicas numa festa na Escola Secundária de Rio Maior onde estavam pais e alunos, como noticiou o CM, e defendeu que a autorização pontual dada pelo conselho executivo para esta festa é "um mau exemplo educativo" e deve merecer "uma reflexão profunda".

"Os problemas começam nas exceções, que podem levar a fenómenos grupais, em que uns experimentam e outros vão atrás, exatamente porque se proporcionou a oportunidade", explicou aquele responsável, adiantando que "é a partir do baixo teor alcoólico que se passa para as dependências maiores".

Apesar da venda das bebidas alcoólicas ter sido autorizada apenas a maiores de 18 anos e limitada à tasquinha da Associação de Estudantes, o presidente da CONFAP sustenta que "o facto de haver menores presentes já é suficiente para afastar o álcool do convívio, por ser difícil fiscalizar as idades".

"Estamos numa época de festas nas escolas. Espero que haja a noção de que onde haja crianças e jovens o álcool esteja arredado", manifestou.

Jornal Correio Manhã, 08-06-2009

• Indústria do Álcool:

Quando da iniciativa do IDT do Fórum Nacional sobre o Álcool, em meados de 2008, já era possível constatar que existia uma relação estabelecida entre estes e os principais atores sociais da Indústria do Álcool. Esta relação já se iniciara com a participação de elementos portugueses na representação europeia da Indústria do Álcool no Fórum Europeu Álcool e Saúde, em 2006, onde estavam presentes responsáveis pelas políticas do álcool do Governo de Portugal.

Durante o Fórum Nacional, representantes da Indústria participaram dos painéis e dos debates e se mobilizaram prontamente para participar dos grupos de trabalho que elaborariam o plano para os PLA, demonstrando a capacidade acrescida de iniciativa, mobilização e defesa de interesses da Indústria do Álcool. Nesta altura, já muitos atores da Indústria já se tinham coligado ou constituindo organizações representativas de áreas específicas ligadas a Indústria, com o objetivo de atuar junto do poder público e apresentar projetos e atividades que valorizassem a sua imagem e responsabilidade social e pudessem influenciar a aplicação das políticas públicas que defendiam e da forma como desejavam.

No início de 2009, quando o plano para os PLA e os objetivos que seriam apoiados ainda nem tinham sido apresentados publicamente pelo IDT, a ANEBE, um dos principais atores sociais da Indústria do Álcool (uma ONG criada para atividades de *lobbying*, representação e responsabilidade social), já apresentava publicamente projetos que incluíam o apoio e envolvimento do IDT, numa clara demonstração que essas relações se tinham estabelecido e desenvolvido precocemente. Esta mesma organização já havia feito diversas tentativas, anos antes, de associar o Ministério da Saúde e a DGS aos seus projetos, mas sem sucesso.

«Em www.bebacomcabeca.pt é possível calcular "unidades de álcool" ingeridas por cálice de vinho, garrafa de cerveja ou copo de whisky. Um projeto que dá continuidade ao objetivo da ANEBE - Associação Nacional de Empresas de Bebidas Espirituosas de incentivar um consumo de álcool moderado e responsável (...)

O projeto, criado no Reino Unido há oito anos, onde tem o nome de "Drink Aware Trust", foi alargado à

²⁴¹ *Jornal Correio Manhã, 08-06-2009 - Pais reprovam bebidas alcoólicas Pg. 27.*

Irlanda, Espanha, República Checa, França, e agora Portugal, país onde conta com o apoio da Associação Portuguesa de Empresas de Distribuição (APED) e do European Forum for Responsible Drinking (EFRD), para além do envolvimento de empresas como Bacardi-Martini, Diageo, Herdade do Esporão e PrimeDrinks.

Mário Moniz Barreto frisa que «a adesão de parceiros públicos e privados, e de marcas de bebidas não espirituosas, demonstra a importância crescente da responsabilidade social para empresas neste sector». No Reino Unido, as visitas mensais ao site atingem valores a rondar o milhão! (...)

Com esta nova iniciativa, a ANEBE «mantém uma atitude não repressiva e não paternalista», afirma o seu secretário-geral, optando por um trabalho no sentido da autoconsciência dos perigos e riscos inerentes ao consumo excessivo de álcool.

O conjunto dos conteúdos disponíveis são por isso comunicados em linguagem simples e acessível e têm por base os que foram elaborados, com o apoio das mais altas instituições internacionais na área da saúde, para o site inglês, revistos em Portugal pelo Instituto da Droga e da Toxicodependência.»

Revista Marketeer, 01-01-2009 - Faça as Contas ao Álcool que Consumiu. Pg. 104 e 105. Escrito por Catarina Alfaia

A ANEBE iniciou também no início de 2009 atividades junto da AR, com vista a estabelecer uma plataforma de *lobbying* e trabalho em prol das suas causas e em defesa das suas posições. Em 02 Fevereiro de 2009, simultaneamente ao lançamento da discussão pública do plano para os PLA, a ANEBE participava de uma Audiência Parlamentar junto da Subcomissão de Segurança Rodoviária (nº1 – SCSR- XI) para apresentar a associação, expor os seus objetivos principais, linhas condutoras, plano de ação para 2010, assim como propor a reedição do Debate "Jovens e Álcool"²⁴² (). Esses debates se tornariam periódicos e um instrumento importante de comunicação junto dos poderes políticos da AR e das instituições públicas que estavam associadas aos projetos desenvolvidos.

Quando a proposta de um Plano Nacional de Redução dos Problemas Ligados ao Álcool (PNRPLA) foi posta em discussão pública, em fevereiro de 2009, vários atores sociais da Indústria do Álcool foram a público combater as medidas que não iam ao encontro dos seus interesses. Apesar de terem participado ativamente da elaboração do plano, a sua agenda alargada de defesa dos interesses particulares de todos os operadores, somada a preocupação de incentivar apenas um conjunto restrito de políticas públicas para os PLA que não afetem diretamente a sua atividade comercial faz com que seja muito difícil conseguir encontrar um apoio consensual e ativo desses atores. Além disso, esses atores identificam barreiras a implementação de certas políticas públicas, mas agem de forma passiva na busca de soluções para as ultrapassar ou limitar. As principais críticas públicas a medidas recaíram sobre a condenação do aumento da idade mínima para a venda e consumo para os 18 anos, com alegações de que era necessária mais e melhor fiscalização das autoridades sobre a prática de venda e consumo. Não deixando de ser verdade comprovada, a fiscalização independe da idade adequada para o início do consumo e dela depende sempre a atitude dos operadores de colaboração firme no cumprimento da lei. Em contrapartida, a alegação da responsabilidade pessoal de quem consome, leva-os a defender uma ação direcionada à procura e não à oferta, como mais informação, sensibilização e prevenção para que ocorra um consumo adequado as normas.

«Lisboa, 09 de Fev. (Lusa) - O alargamento da idade mínima para consumir álcool poderá levar os jovens a comprar bebidas em supermercados e bebê-las em festas de garagem, onde não há controlo, alertou hoje uma associação de bares.

O presidente da Associação de Bares e Discotecas do Porto (ABZHP), António Fonseca, falava à Lusa a propósito do novo Plano Nacional para a Redução dos Problemas do Álcool, que propõe a proibição da venda de álcool a menores de 18 anos, quando até agora a idade mínima era 16.

²⁴² A primeira edição ocorreu em 30 de janeiro de 2007 - Debate: Jovens e Álcool - Tipologia de Consumo, Relação com a Sinistralidade Rodoviária e Sensibilização para Comportamentos. Responsáveis: ANEBE – Associação Nacional das Empresas de Bebidas Espirituosas. Assembleia da República, X legislatura. (2ª sessão legislativa).

Para António Fonseca, a proposta do IDT "é o mesmo que dizer que os estabelecimentos vão ter de proibir a entrada a menores de 18 anos". "O legislador vai ter de dificultar o acesso também pela via da entrada nos estabelecimentos de diversão noturna, quando se confirmar que a proposta [do IDT] é difícil de aplicar - e isso vai ser automático", explicou António Fonseca. (...)»

LUSA no Sapo, 09-02-2009 - Idade mínima aos 18 leva jovens a consumir mais em festas de garagem, associação de bares.

«Ou o Governo se prepara para mudar a lei sobre a entrada em bares e discotecas (permitida a partir dos 16 anos), ou a proposta de subir para os 18 anos a venda de bebidas alcoólicas é "impraticável" e "irreal".

Francisco Tadeu, da Associação de Discotecas Nacional (ADN), tem muitas dúvidas sobre a aplicação do Plano Nacional para a Redução dos Problemas do Álcool, que é hoje apresentado e vai estar em discussão pública durante um mês. E pergunta como se pode deixar um jovem entrar aos 16 anos, e depois controlar se ele consome álcool dentro daqueles espaços. Até porque pode pedir aos mais velhos para comprarem bebidas.

Mas se a ideia é avançar com uma restrição do acesso aos locais de diversão noturna, a ADN lembra que, em tempo de crise, se está a atacar um sector da economia que já registou perdas de clientes "entre os 30 e os 40%" com a nova lei do tabaco. De acordo com a legislação em vigor, apenas é exigido 18 anos para a entrada em bares de strip, cabarés ou casas de alterne.

O Plano que é hoje apresentado pelo Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT) propõe passar de 16 para 18 a idade para comprar álcool e ainda reduzir a taxa de alcoolemia para os condutores com carta há menos de três anos.»

Jornal Correio Manhã: última hora, 09-02-2009 - Restrição da venda de álcool "impraticável" nas discotecas. Escrito por Rute Araújo.

«A Associação Nacional de Empresas de Bebidas Espirituosas disse ontem que a proibição da venda de álcool a menores de 18 anos poderá provocar consumos "mais excessivos e irresponsáveis", defendendo a aposta na educação e prevenção. A redução da taxa de alcoolemia para os novos condutores e a proibição da venda de bebidas alcoólicas a menores de 18 anos constam do Plano Nacional para a Redução dos Problemas Ligados ao Álcool, do Instituto da Droga e da Toxicodependência, liderado por João Goulão.

"A experiência que temos leva a concluir que todos os países que seguiram a via proibicionista têm população em geral os padrões de consumo mais elevados da Europa", diz Mário Moniz Barreto, secretário-geral daquela associação.»

Jornal Diário de Notícias, 10-02-2009 – Empresas contra proibição de venda de álcool. Pg. 15.

«Cervejeiras contra subida de idade legal para beber.

A Associação Portuguesa de Produtores de Cerveja (APCV) está contra a subida da idade legal para consumo de bebidas alcoólicas dos 16 para os 18 anos, uma medida prevista no Plano Nacional para a Redução dos Problemas Ligados ao Álcool, que entrou em discussão pública na semana passada.

Alberto da Ponte, presidente da Centralcer e da Associação Portuguesa de Produtores de Cerveja, afirma que "proibir não resolve absolutamente nada", já que o importante seria criar "programas educacionais" nas escolas e junto das famílias. "Não estão a atacar o problema", reforça, notando que seria essencial que se fiscalizassem os estabelecimentos de venda de bebidas de modo a que cumpram a proibição atual de venda a menores de 16 anos.

"Aí é que é preciso atuação fiscalizadora". Quase todos os países da União Europeia tem como idade legal para se começar a beber os 18 anos.

O presidente da APCV diz que o plano não faz distinção entre consumo moderado de álcool - "compatível com um estilo de vida em adultos saudáveis" - e "o consumo abusivo, por essa razão, nocivo", lê-se no comunicado, que aponta para a existência "de inúmeros estudos científicos sobre os benefícios do consumo moderado de cerveja".

Alberto da Ponte refere que na próxima semana vão apresentar uma campanha de incentivo ao consumo moderado de cerveja pelos jovens, em parceria com a Reitoria da Universidade de Coimbra e com a Associação Académica de Coimbra.

A autorregulação neste sector deve ser, no entender da associação, a grande aposta nesta área.

A APCV está também contra a descida da taxa de alcoolemia para condutores com a carta de condução há pouco tempo, prevista no plano que é da responsabilidade do Instituto da Droga e da Toxicodependência. "Se todos os condutores seguissem a taxa de alcoolemia de 0,5 gramas por litro, não havia acidentes em

Portugal".

O comunicado sublinha que "Portugal é dos países da União Europeia que, nos últimos cinco anos, mais reduziu o número de mortos por acidentes rodoviários, o que indica que as campanhas de responsabilidade social da própria indústria de bebidas, entre outras, funcionam", concluem.»

Jornal Público, 14-02-2009 - Cervejeiras contra subida de idade legal para beber. Pg. 13. Escrito por Catarina Gomes.

A atividade da Indústria do Álcool espelha melhor a sua estratégia e a forma como envolve e manipula setores da sociedade para as suas causas e abordagens. A sua atividade promocional junto das festas académicas, com a participação dos responsáveis máximos das instituições universitárias demonstra o poder do *marketing* desenvolvido e a sua capacidade de persuasão, que se reflete nos meios de comunicação²⁴³ e no meio social.

«Desafiada Criatividade dos Estudantes da Universidade de Coimbra

Ao intervir ontem na sessão de lançamento do concurso "Ideias frescas", que visa promover o consumo moderado de cerveja na Academia de Coimbra, o vice-reitor da Universidade lançou o repto aos estudantes para que sejam ousados e criativos.

Pedro Saraiva, que apelou a uma participação alargada nesta iniciativa da Associação Portuguesa de Produtores de Cerveja, disse que se pretende que a "Universidade de Coimbra seja (e é cada vez mais) uma universidade com ideias frescas". (...)

Alberto da Ponte, presidente da Associação Portuguesa dos Produtores de Cerveja (APCV) explicou que este concurso sintetiza a abordagem que a associação quer ter junto dos jovens. Pedagogia e informação a duas vias.

Ou seja, por um lado, alertar para os malefícios e erros resultantes dos excessos de consumo de álcool e, neste caso, da cerveja, e por outro lado, cimentar a mensagem de consumo moderado, com responsabilidade. Considerando que os problemas na Europa, em relação ao álcool, não são comuns, Alberto da Ponte aludiu ao facto de em Portugal não haver o problema da ingestão de bebidas alcoólicas ao fim-de-semana, como acontece nos países nórdicos.

«Mas em Portugal temos outros problemas», frisou, aludindo à condução com álcool e aos rapazes e raparigas de 11 e 12 anos que «entram na bebida de maneira excessiva». Apelou, por isso, à promoção de uma atitude em que a sociedade participe, e que através da própria criatividade se faça comunicação autorreguladora. (...)

Diário Coimbra, 19-02-2009

Entre as manifestações da Indústria do Álcool em defesa dos seus interesses, uma estratégia conhecida para demonstrar a sua importância e influência junto do Governo e da Economia diz respeito ao volume de negócios que gera e a arrecadação de receitas por parte do Governo. Apesar do próprio governo não conseguir estimar a totalidade dessas receitas e da Indústria não tornar pública a sua produção e venda de bebidas alcoólicas e demais produtos de forma sistemática e transparente, no meio dessa disputa política pelos seus interesses nas políticas do álcool, algumas matérias jornalísticas e estudos que davam conta desses números no seu global para diversos países europeus, incluindo Portugal. Esses números sugeriam a importância dessa indústria no contexto nacional dos países e da UE, como o exemplo descrito de Portugal.

«A indústria cervejeira em Portugal gera mais de mil milhões de euros à economia nacional por ano em valor acrescentado, proveniente da atividade da cerveja, fornecedores e sector da hotelaria e restauração.

A conclusão está no estudo da consultora Ernst & Young sobre o impacto económico do sector da cerveja nas economias europeias, que reuniu dados dos 27 países da União Europeia mais Croácia, Hungria, Noruega e Suíça.

Em Portugal, a indústria cervejeira emprega 3.500 pessoas, um número que atinge os 72.900 trabalhadores

²⁴³ *Diário Coimbra, 19-02-2009 - "Ideias frescas" para moderar consumo de álcool pelos jovens. Pg. 7. Escrito por José João Ribeiro.*

de forma indireta.

Além disso, a consultora considera o mercado português como dinâmico, já que a exportação representa 25% da cerveja produzida em território nacional. De um total de 8,2 milhões de hectolitros, dois milhões são destinados à exportação. Números que fazem de Portugal o sexto maior exportador europeu.

No que respeita à fiscalidade, as seis cervejeiras nacionais entregaram o ano passado ao Estado português cerca de 91 milhões de euros em Imposto Especial Sobre o Consumo, 448 milhões em IVA e 426 milhões de euros em impostos indiretos e segurança social.»

Diário Económico.com, 17/09/09 - Cervejeiras geram mais de mil milhões por ano. Online. Escrito por Marina Conceição

No final de 2009, a pressão da Indústria continuava forte, seja a nível europeu seja a nível dos governos nacionais. A nível europeu ocorria a revisão do Plano Europeu, a nível nacional o PNRPLA se encontrava a espera de aprovação a longos meses, gerando dúvidas sobre a sua efetivação conforme proposto. A ação pública da Indústria do Álcool é dirigida às autoridades e amplamente publicitada²⁴⁴. A tentativa de impedir intervenções que possam interferir com os seus interesses comerciais, como leis restritivas, impostos e preços ou com o consumo alargado a população, como rotulagem e avisos (conhecidas como políticas “duras”) são o principal alvo das suas reivindicações. Em troca e para demonstrar alguma abertura e responsabilidade social, aceitam intervenções preventivas e as que são dirigidas apenas aos que abusam do consumo, como penalização a infratores na condução sob efeito do álcool ou tratamento (políticas “leves”).

«A Associação de Cervejeiras da Europa reclamou hoje, junto da União Europeia (UE), o facto de as políticas contra o consumo de álcool serem dirigidas à população em geral, independentemente do seu comportamento, e não aos cidadãos "que abusam".

As indústrias cervejeiras organizaram esta petição, através de um comunicado, numa altura em que a UE está a rever a sua estratégia para reduzir os efeitos do álcool na saúde, um assunto que será discutido no início de Dezembro pelos ministros da Saúde dos 27.

O português Alberto da Ponte, presidente da Associação de Cervejeiras da Europa, afirmou que os fabricantes "vão pedir aos ministros para que resistam à pressão de alguns países (sobretudo os do Norte da Europa) para endurecer as leis sobre o álcool, restringir a sua comercialização e aumentar os preços".

"Devemos focar os nossos esforços (de prevenção do consumo de álcool) nos segmentos da população que abusam ou correm o risco de abusar das bebidas alcoólicas", acrescentou o empresário português, presidente da Sociedade Central de Cervejas.

Alberto da Ponte considerou ainda que "não há evidências de que as medidas simples dirigidas a toda a população sejam eficazes na hora de reduzir o excesso de consumo de álcool", acrescentando que 90 por cento dos consumidores de álcool bebem de forma responsável.»

lonline.pt, 09 -11-2009

4.3. O PNRPLA COMO REPOSTA POLÍTICA A UMA TOMADA DE DECISÃO (OUTPUTS)

A tomada de decisão política governamental em relação ao PNRPLA 2010-2012 (Portugal. Ministério da Saúde. IDT, 2010) ocorreu apenas em 26 de Maio de 2010, alguns meses depois da reeleição do governo, e ao contrário do esperado e do que ocorreu com o plano anterior (PACA) não foi uma Resolução do Conselho de Ministros. A decisão de aprovação do PNRPLA ocorreu na primeira reunião do “Conselho Interministerial” específico para o assunto (uma das estruturas que fazem parte da Coordenação Nacional para os Problemas da Droga, das Toxicodependências e do Uso Nocivo do Álcool recém criada em Abril de 2010²⁴⁵). Na prática, a aprovação do PNRPLA

²⁴⁴ lonline.pt, 09 -11-2009 – Associação de Cervejeiras quer que políticas contra álcool sejam dirigidas aos que abusam. Escrito por LUSA.

²⁴⁵ Decreto-Lei nº 40/2010 de 28 de Abril. Publicado no D.R. 1.ª Série, N.º 82, de 28 de Abril de 2010, pg. 1462-1566. Cria a “Coordenação Nacional para os Problemas da Droga, das Toxicodependências e do Uso Nocivo do Álcool”, garantindo uma eficaz coordenação e articulação entre os vários departamentos governamentais envolvidos nos problemas

não se revestiu de uma forma legal publicada e a revogação do PACA acabaria por se fazer tacitamente.

O maior envolvimento e apoio possível do Governo e Ministérios eram fundamentais para o processo de regulamentação das medidas legislativas propostas no plano. Apesar da aprovação integral do PNRPLA, o apoio do Governo foi restrito em algumas medidas. As declarações do representante do Governo na altura foram claras nas limitações impostas e prioridades desejadas a sua execução²⁴⁶, negando a introdução de medidas legislativas de aumento da idade de 16 para 18 anos para venda e consumo (insistindo na fiscalização), de redução das taxas de alcoolémia a condutores recém-encartados e de restrições a publicidade a bebidas alcoólicas, ao mesmo tempo que pretende favorecer medidas de autorregulação da publicidade e informação, sensibilização e responsabilização dos indivíduos e consumidores.

Por outro lado, o IDT e a coordenação nacional têm disponíveis na sua estrutura e no seu funcionamento os mecanismos necessários ao desenvolvimento de uma estratégia nacional para os PLA e atuam em função das atividades planeadas e do cumprimento de objetivos. Assim, algumas medidas estruturais necessárias ao PNRPLA já estão supridas por essa organização.

Uma apreciação inicial das medidas de políticas públicas contidas no PNRPLA parece demonstrar que não foram consideradas todas as recomendações internacionais disponíveis, em particular algumas que poderiam afetar os interesses da indústria, como as políticas em relação a preços, taxas, publicidade, promoção, patrocínio e disponibilidade da venda, entre outros. Por outro lado, medidas consensuais relacionadas com a sinistralidade rodoviária, sensibilização e informação ou em áreas tradicionais de intervenção de saúde, do interesse do IDT e seus serviços, como a organização dos serviços de saúde, intervenção comunitária, prevenção, tratamento e reinserção e desenvolvimento de sistemas de informação foram consideradas.

Tais situações associadas ao PNRPLA podem ser compreendidas em parte pelo facto do plano ter baseado a sua forma e as suas escolhas prévias na estratégia europeia e ter utilizado o mesmo modelo de desenvolvimento da estratégia europeia, enfermando assim dos mesmos riscos, desvios e seletividades na definição das políticas públicas (Cunha Filho *et al.*, 2010). O PNRPLA esteve exposto a um contexto alargado de fortes influências económicas e financeiras e comerciais de atores sociais com interesses particulares em jogo, como ocorreu na EU. A seleção das políticas públicas baseou-se em consensos e alternativas possíveis de desenvolver sem resistências ou ruturas sociais. Além disso, em termos internos, o IDT se encontrava em reestruturação e desenvolvimento nos últimos anos, nomeadamente na área dos PLA, pelo que o PNRPLA acaba por refletir essas mudanças e servir a estes fins. Grande parte desses fatores não contribui para que as melhores e mais efetivas estratégias em termos de Saúde Pública sejam definidas e desenvolvidas no seu conjunto.

O PNRPLA reflete uma estratégia nacional, inerente à organização do IDT e às estruturas de governação aa sua volta, que assenta em cinco pilares fundamentais: 1) Formação:

relacionados com a droga, as toxicodependências e o uso nocivo do álcool e introduzindo diversas estruturas e funções de atuação transversal:

A nível político e governamental, representado no “Conselho Interministerial” e na figura de membro do governo responsável pela política da droga e problemas do álcool;

A nível técnico, com a criação de uma “Comissão Técnica do Conselho Interministerial” composta por representantes dos ministros que integram o Conselho Interministerial;

A nível de coordenação, assegurado pelo “Coordenador Nacional”;

A nível da sociedade civil, representada no “Conselho Nacional

Este Decreto-Lei veio alterar o Decreto-Lei n.º 1/2003, de 6 de Janeiro, que originalmente abrangia apenas os “Problemas da Droga, das Toxicodependências”.

²⁴⁶ Sic Online, 26-05-2010 - Plano de combate ao alcoolismo entre os jovens em vigor e sem “medidas repressivas”.

aumentar as competências dos profissionais de saúde e outros técnicos e/ou profissionais que intervêm nesta área; 2) Articulação entre serviços; 3) Diagnóstico de situação; 4) Plano Nacional para a Redução dos Problemas Ligados ao Alcool 2010-2012 (com um Plano de Ação); 5) Fórum Nacional Alcool e Saúde.

O PNRPLA 2010-2012 se desenvolve com o apoio de três áreas transversais: 1) Coordenação; 2) Cooperação Internacional; 3) Informação, Investigação, Formação e Avaliação. Na análise aqui desenvolvida algumas foram mesmo consideradas estruturantes para a implementação do plano, nomeadamente a coordenação e a formação.

No preâmbulo do PNRPLA se encontra extenso enquadramento que sustenta a necessidade de uma estratégia estruturada para alterar a situação em geral e em grupos populacionais e contextos específicos. A principal referência para o enquadramento do PNRPLA foi a “Estratégia da EU para apoiar os Estados-Membros na minimização dos efeitos nocivos do álcool” e suas áreas prioritárias de intervenção, que se refletem na própria estrutura do plano nacional. Outra referência importante que consolidou o PNRPLA foram as orientações do Plano Nacional de Saúde 2004-2010, com uma estratégia de integração dos PLA no contexto mais amplo da Promoção da Saúde e dos estilos de vida saudáveis, constituindo numa abordagem de Saúde Pública.

As políticas públicas selecionadas no PNRPLA 2010-2012 foram inseridas em sete áreas prioritárias de intervenção (a semelhança da congénere estratégia europeia): 1) Jovens, crianças e grávidas; 2) Sinistralidade Rodoviária; 3) Adultos e Meio Laboral; 4) Prevenção, Formação, Comunicação e Educação; 5) Sistemas de Informação e Recolha de Dados; 6) Tratamento; 7) Reinserção. Na análise aqui desenvolvida as medidas contidas nessas áreas foram abordadas segundo as categorias de políticas públicas a que pertenciam.

Algumas dessas medidas são estruturais, servindo ao desenvolvimento das políticas do álcool em geral, e outras medidas são inerentes ao PNRPLA, servindo a implementação das políticas públicas específicas selecionadas.

No primeiro conjunto de medidas estruturais se encontram: i) a Coordenação Nacional para os Problemas da Droga, das Toxicodependências e do Uso Nocivo do Alcool, que permite a existência de uma rede de consulta e colaboração para o desenvolvimento da estratégia nacional e, em particular, do PNRPLA, incluindo o Conselho Nacional, o Conselho Interministerial e o Coordenador Nacional, como órgãos formais dessa rede; ii) o Fórum Nacional Alcool e Saúde, que é um recurso em linha com os anteriores, mas constituído a um nível mais informal e próximo da realidade dos atores sociais que participam no desenvolvimento das atividades e intervenções orientadas pelo PNRPLA; iii) a formação dos profissionais que intervêm nos serviços articulados de atendimento, respostas integradas e prestação de cuidados de saúde do IDT (que ocorre desde a integração dos CRAs nessa estrutura), e posteriormente no âmbito do SNS, fornecendo as condições necessárias ao desenvolvimento da Rede de Referência para os PLA (retomando o conceito inerente à Rede Alcológica Nacional). Completando este conjunto se encontram as questões do financiamento, que, a princípio, se originam do orçamento do IDT, bem como do orçamento dos outros ministérios envolvidos, incluindo o apoio ou comparticipação de projetos e serviços externos.

As medidas inerentes a realização do Plano Nacional para a Redução dos Problemas Ligados ao Alcool 2010-2012 são aquelas que orientam as políticas públicas. O diagnóstico é um processo inerente e continuado do trabalho no terreno. A própria elaboração do PNRPLA possui um diagnóstico inicial e a sua implementação no terreno e posterior avaliação a isso obriga através das estruturas de intervenção do IDT existentes.

A análise das medidas que permitem a concretização do PNRPLA é feita com base no conjunto de medidas estruturantes e no conjunto das medidas de políticas públicas do álcool nele inserido (utilizando as sete grandes categorias utilizadas na investigação). O

resultado espelha a qualidade potencial das medidas aprovadas e os vazios deixados por medidas não contempladas ou secundarizadas no plano.

4.3.1. Medidas estruturais do PNRPLA

Considera-se aqui três medidas estruturais referidas do PNRPLA: a estrutura de coordenação e o financiamento do PNRPLA.

A duas primeiras consubstanciam os organismos criados para apoiar o próprio IDT e a sua atividade operacional, envolvendo a dimensão política e governativa e a dimensão das instituições representativas da Sociedade. São eles: (i) a Coordenação Nacional e (ii) o Fórum Nacional Álcool e Saúde. A terceira, (iii) o financiamento, deve ser considerada tendo em conta que as atividades envolvidas no plano excedem aquelas que estão no âmbito das instituições envolvidas.

Por outro lado, a maior parte das medidas estruturais relacionadas com a adoção de legislação, normas e regulamentação de políticas públicas do álcool específicas, presentes no PNRPLA, foi descartada ou adiada por tempo indeterminado.

- **(i) A Coordenação Nacional para os Problemas da Droga, das Toxicodependências e do Uso Nocivo do Álcool em Portugal**

Racional:

No contexto de uma estratégia que se estende para além da área restrita da Saúde e envolve uma diversidade de atores sociais na sua implementação, um organismo de coordenação que possua a influência necessária para atuar em todos os níveis e dimensões da governação e para envolver e orientar os setores sociais que desenvolvem atividades no âmbito das políticas do álcool é fundamental. Esta estrutura pretende colmatar estas necessidades de uma forma permanente.

Medidas contempladas no PNRPLA:

As novas atribuições do IDT em matéria de problemas ligados ao uso nocivo do álcool levou a natural expansão das estruturas e funções de coordenação das políticas das drogas para envolver o uso nocivo de álcool e abranger novos domínios de intervenção.

Através da revisão proporcionada pelo Decreto-Lei n.º 40/2010, de 28 de Abril, a Coordenação Nacional para os Problemas da Droga, das Toxicodependências e do Uso Nocivo do Álcool é composta por um Coordenador Nacional²⁴⁷, um Conselho Interministerial (assessorado por uma Comissão Técnica)²⁴⁸ e um Conselho Nacional²⁴⁹.

²⁴⁷ O Coordenador Nacional visa garantir uma eficaz coordenação e articulação entre os vários departamentos governamentais envolvidos nos problemas relacionados com a droga, as toxicodependências e o uso nocivo do álcool, é, por inerência de funções, o presidente do conselho diretivo do IDT.

²⁴⁸ O Conselho Interministerial é um órgão de coordenação interministerial das políticas relacionadas com a droga, as toxicodependências e, bem assim, o uso nocivo do álcool, é presidido pelo Primeiro-Ministro e composto pelo Coordenador Nacional para os Problemas da Droga, das Toxicodependências e do Uso Nocivo do Álcool e pelos membros do Governo responsáveis pelas seguintes áreas: a) Dos negócios estrangeiros; b) Das finanças; c) Da defesa nacional; d) Da administração interna; e) Da justiça; f) Da economia; g) Da agricultura; h) Do ambiente; i) Do trabalho; j) Da segurança social; l) Da saúde; m) Da educação; n) Da ciência e do ensino superior.

A Comissão Técnica é composta por um representante de cada um dos membros do Governo que compõem o Conselho Interministerial e é presidida pelo Coordenador Nacional para os problemas da Droga, das Toxicodependências e do Uso Nocivo do Álcool.

²⁴⁹ O Conselho Nacional, é o órgão de consulta do Primeiro-Ministro e do Governo sobre as políticas relacionadas com a droga, as toxicodependências e o uso nocivo do álcool, competindo -lhe pronunciar -se sobre a definição e execução dos principais instrumentos programáticos nestas matérias, bem como sobre todos os assuntos que sobre as mesmas lhe sejam submetidos pelo Primeiro-Ministro e pelo membro do Governo responsável pela coordenação das políticas relacionadas com a droga, as toxicodependências e o uso nocivo do álcool, é presidido pelo Primeiro-Ministro, com faculdade de delegação no membro do Governo responsável pela coordenação das políticas relacionadas com a droga, as toxicodependências e o uso nocivo do álcool, e integra, para além do presidente do conselho diretivo do IDT, os representantes de instituições, entidades e organizações públicas, sociais e da Sociedade Civil.

Destaca-se, entre essas alterações, as do Conselho Interministerial, com a presença de Ministérios, como as Finanças, a Economia e a Agricultura, com interesses próprios e grande influência nas políticas do álcool. As agendas destes Ministérios são fortes barreiras para implementar políticas do álcool nos setores que representam. Normalmente defendem os interesses da área que tutelam e são pouco sensíveis a implementar uma visão de Saúde pública em todas as políticas que lhes digam respeito.

O Conselho Nacional, órgão de Consulta do Primeiro-ministro, com delegação de competências no Ministro da Saúde ou no Coordenador Nacional, foi também alterado para incluir atores sociais na área do álcool. A importante alteração existente (e única quando comparada com a anterior composição do órgão) foi a inclusão dos “Representantes da Indústria e Comércio de Bebidas Contendo Alcool” (ACIBEV, AEVP, ANEBE, APPC). Pela primeira vez, encontra-se no seio deste órgão instituições que representam os interesses particulares e relacionados com o produto que se procura combater, muito diversos do bem público que rege o funcionamento deste órgão. Por outro lado não houve reforços de representantes da Sociedade Civil Organizada e ONGs que atuam na área do Alcool neste organismo, muitos disponíveis e participantes ativos desde 2008 no âmbito do Fórum Nacional Alcool e Saúde.

Observações e análise:

A Coordenação Nacional procura tratar de matérias transversais a diversas entidades públicas, mas também de assuntos que afetam e são afetados pela atividade de setores da sociedade. Procurando garantir eficácia das políticas públicas neste domínio, a criação de organismos bem definidos e assistidos de recursos é uma medida estrutural que fornece as condições necessárias para permitir a introdução, discussão e implementação de medidas em todas as políticas do governo e setores do Estado e da Sociedade.

A atual organização permite o acesso a atores governamentais e sociais cruciais no panorama de tomada de decisão e implementação das políticas do álcool, mas também permite que as iniciativas possam ser diretamente influenciadas e inibidas pelos interesses desses atores alheios a Saúde ou ao Bem Público. Estes organismos precisam ser reforçados por representantes governamentais e sociais mais influentes na área das políticas do álcool que defendam e promovam uma visão de Saúde Pública e Bem Público, enriquecendo e fortalecendo assim os objetivos do organismo.

- **(ii) O Fórum Nacional Alcool e Saúde**

Racional:

Decorrente do PNRPLA e à semelhança do “Fórum Europeu Alcool e Saúde” (criado no âmbito da Estratégia Europeia), criou-se o “Fórum Nacional Alcool e Saúde” com o objetivo geral é proporcionar uma plataforma comum para todos os parceiros interessados nas políticas nacionais do álcool, de forma a contribuir e se comprometerem numa escalada de ações relevantes para reduzir os danos causados pelo consumo nocivo de álcool.

Medidas contempladas no PNRPLA:

O Fórum Nacional é constituído pelo Estado, através de todos os serviços ministeriais envolvidos; pelas organizações não-governamentais das áreas da Saúde Pública, Apoio Social e Consumidores; e pelos representantes da Indústria do Alcool associados a produção, venda por grosso e a retalho; marketing e publicidade; relações públicas e comunicação. Foi constituído paralelamente ao PNRPLA e oficialmente no seguimento da aprovação desse plano.

Os membros fundadores do FNAS em 2010 são listados na Tabela 22.

Tabela 22 - Membros fundadores Fórum Nacional Álcool e Saúde em 2010
Representantes dos Serviços da Administração Pública
<p>Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P. (ARS LVT, IP) Administração Regional de Saúde do Algarve, I.P. (ARS Algarve, IP) Administração Regional de Saúde do Centro, I.P. (ARS Centro, IP) Conselho Nacional de Juventude (CNJ) Coordenação Nacional para a Saúde Mental Direção-Geral da Saúde (DGS) Direção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular (DGIDC) Autoridade de Segurança Alimentar e Económica (ASAE) Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária (ANSR) Câmara Municipal de Loures (CML) Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género (CIG) Comissão Nacional de Proteção das Crianças e Jovens em Risco (CNPCJR) Guarda Nacional Republicana (GNR) Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P. (IDT, IP) Instituto de Segurança Social, I.P. (ISS, IP) Instituto Português da Juventude, I.P. (IPJ, IP) Ministério da Defesa Nacional (MDN) Ministério da Justiça Polícia de Segurança Pública (PSP) Turismo de Portugal, IP Instituto da Vinha e do Vinho, I.P. (IVV, IP)</p>
Representantes da Indústria do Álcool
<p>Associação Industrial Portuguesa - Confederação Empresarial (AIP-CE) Associação das Empresas de Vinho do Porto (AEVP) Associação Nacional de Empresas de Bebidas Espirituosas (ANEBE) Associação dos Comerciantes e Industriais de Bebidas Espirituosas e Vinhos (ACIBEV) Associação Portuguesa dos Produtores de Cerveja (APCV) Associação Portuguesa de Hotelaria, Restauração e Turismo (APHORT) Associação Portuguesa das Empresas de Publicidade e Comunicação (APAP) Associação Portuguesa de Anunciantes (APAN) Clube de Criativos de Portugal (CCP) Sogrape Vinhos, SA</p>
Representantes das ONGs nas áreas da Saúde Pública, do Apoio Social e dos Consumidores
<p>Associação de Cidadãos Auto-Mobilizados (ACA-M) Associação de Serviços Gerais de Alcoólicos Anónimos de Portugal (AA) Associação Nacional de Agentes de Segurança Privada "Unidos pelo Sector" (ANASP) Associação Nacional de Freguesias (ANAFRE) Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV) Associação Portuguesa de Bombeiros Voluntários (APBV) Associação Portuguesa de Médicos de Clínica Geral (APMCG) Associação Portuguesa para a Defesa do Consumidor (DECO) Associação Portuguesa para o Estudo do Fígado (APEF) Centro de Apoio, Tratamento e Recuperação (CATR) Confederação Geral dos Trabalhadores Portugueses - Intersindical Nacional (CGTP-IN) Confederação Nacional das Associações de Família (CNAF) Confederação Nacional das Associações de Pais (CONFAP) Confederação Nacional das Instituições de Solidariedade (CNIS) Federação Nacional das Associações Juvenis (FNAJ) Federação Portuguesa de Instituições Sociais Afectas à Prevenção das Toxicodependências (FPAT) Fundação de Solidariedade Social Aragão Pinto Fundação Portuguesa "A Comunidade Contra a SIDA" (FPCCSIDA) Instituto S. João de Deus Ordem dos Enfermeiros (OE) Prevenção Rodoviária Portuguesa (PRP) Sociedade Anti-Alcoólica Portuguesa (SAAP) Sociedade Portuguesa de Gastrenterologia (SPG) Sociedade Portuguesa de Hepatologia (SPH) Sociedade Portuguesa de Medicina do Trabalho (SPMT) União Geral de Trabalhadores (UGT)</p>

Observações e análise:

A criação do FNAS começou a surgir em 2008, através da iniciativa do IDT (e posteriormente do SICAD), que assumia naquele momento a missão de desenvolver as políticas do álcool em Portugal, de congregar todos os atores sociais a volta da elaboração de um novo plano nacional para os PLA. Ainda em Setembro de 2009, houve lugar a primeira reunião do Fórum Nacional Álcool e Saúde (Palácio dos Marquês da Praia e Monforte, Loures, 21 de Setembro de 2009), para que este fosse institucionalizado, apesar de ainda não haver decisão do Governo em relação ao PNRPLA. Definiu-se entretanto a estrutura e funcionamento do Fórum, com vista a sua introdução futura em simultâneo a implementação do PNRPLA, bem como a participação dos membros. Decorrente da entrada em vigor do Plano Nacional para a Redução dos Problemas Ligados ao Álcool 2010-2012, o FNAS foi oficializado em 2010 (ocorreram duas reuniões prévias para preparar a sua constituição nos anos anteriores) com a finalidade de acompanhar a evolução do Plano Nacional durante a sua vigência (2010-2012) e avaliação (que ocorreu em 2013). Posteriormente, o FNAS deu continuidade ao seu funcionamento acompanhando os planos que se seguiram a este.

Com a entrada oficial em funcionamento do FNAS, os parceiros se comprometeram com uma Carta de Compromissos com princípios definidos e os seus membros deveriam apresentar compromissos voluntários relacionados com projetos, ações e atividades no contexto do PNRPLA. Nesta altura, foi criada também uma Comissão Executiva do FNAS, com um grupo restrito de membros selecionados pelo FNAS. A Comissão Executiva se rege por um regulamento interno aprovado em reunião do FNAS, tem como missão: i) Estabelecer as diretrizes para a seleção de projetos no âmbito do Fórum; ii) Fornecer orientações na elaboração de propostas de intervenção e no seu enquadramento; iii) Desempenhar funções de consulta e de deliberação sobre questões de processo e de resultado; iv) Outras que o Fórum deliberar atribuir-lhe. O Fórum Nacional Álcool e Saúde se reúne pelo menos uma vez por ano. A Comissão Executiva do Fórum Nacional Álcool e Saúde realiza reuniões de pelo menos três vezes por ano.

Em termos práticos, este organismo informal que acompanha o PNRPLA permite uma consulta, envolvimento e participação dos atores na implementação do plano. A participação dos atores da Indústria do Álcool é muito mais organizada e forte que das ONGs que estão presentes, assim como os interesses privados dos primeiros em relação a defesa do bem público dos segundos. A primeira vista, o papel dos representantes do Estado fica comprometido quando não estão claramente definidos os limites das relações e objetivos estabelecidos entre o Estado e a Indústria do Álcool, devido a disparidade de interesses em causa.

- **(iii) O Financiamento das Políticas do Álcool e das Intervenções em Saúde**

Racional:

A principal fonte de financiamento dos planos advém dos orçamentos institucionais existentes para o efeito. Todavia é necessário que as atividades estejam definidas e dimensionadas nestes orçamentos, no decorrer dos anos. As medidas suplementares de financiamento garantem a exequibilidade do plano num contexto de recursos escassos e medidas abrangentes, nomeadamente quando se destinam a áreas específicas não cobertas pelos orçamentos tradicionais do Estado. O financiamento global deveria corresponder a dimensão do fenómeno que procura responder, existindo assim uma associação entre o consumo de álcool e suas consequências e o financiamento das respostas em forma de políticas públicas.

Todos os componentes do financiamento devem ser previamente previstos, definidos e alocados, permitindo abranger as diversas políticas públicas previstas e serviços necessários, e evitando, ao mesmo tempo, que concorram para um sobre-financiamento dos serviços e projetos específicos em detrimento de outros que fiquem descobertos.

A procura de fontes de financiamento específicas para áreas como investigação e formação são um instrumento comum dos organismos do Estado, enquanto as verbas para áreas como campanhas de sensibilização e prevenção necessitam de recursos extras. Além do mais, muitos serviços de tratamento e reabilitação não estão cobertos totalmente pelos serviços públicos e podem beneficiar de financiamento suplementar para produzir uma resposta consistente com os objetivos definidos.

Medidas contempladas no PNRPLA:

- Recursos e Financiamento

O PNRPLA descreve textualmente as fontes de financiamento que serão mobilizadas para a sua implementação:

«As medidas e ações previstas em cada um dos objetivos deste Plano Nacional deverão ser financiadas a partir do orçamento corrente das entidades responsáveis envolvidas.

Contudo, serão equacionadas fontes de financiamento suplementar a ser aplicado no âmbito da investigação, formação e campanhas de sensibilização dirigidos à minimização dos efeitos nocivos do álcool. Para além de uma atenção particular aos programas internacionais, nomeadamente no âmbito da UE, encara-se ainda a possibilidade de atribuição de parte das receitas dos jogos sociais.»

Observações e análise:

O financiamento global não se encontra definido e não possui nenhuma associação entre a dimensão do consumo ou do problema e o financiamento das políticas públicas. A definição prévia de financiamento específico para atividades concretas vincula essas atividade a possibilidade de financiamento. Por outro lado evita que, na indefinição, financiamento extra possa ser canalizado para atividades já apoiadas pelo Orçamento de Estado. As áreas escolhidas para receber financiamento extra correspondem em parte a atividades transversais ao PNRPLA.

Uma das fontes de financiamento previstas originalmente foi retirada da versão final, nomeadamente a que previa “uma percentagem das receitas oriundas da aplicação de impostos sobre a venda de bebidas alcoólicas”. Inviável do ponto de vista fiscal, esta medida já tinha sido introduzida ineficazmente no anterior PACA. Além do mais, naquela altura já se referia que existiam e continuam a existir forças contrárias a aplicação de taxas sobre ao preço de venda de bebidas alcoólicas, nomeadamente da Indústria e demais operadores de bebidas alcoólicas, mas também do próprio Governo, que tirando benefícios do consumo rejeitam uma abordagem com vista a reprimir ou limitar um qualquer comércio, venda ou consumo.

Uma nota final sobre financiamento que não foi mencionado no PNRPLA refere-se a comparticipação de tratamento e reabilitação, num contexto de tradicional escassez de serviços públicos de internamento, mesmo no âmbito dos serviços do IDT. Desde 2008 que essa comparticipação foi estendida do tratamento de alcoólicos, permitindo um aumento da oferta de tratamento. Esse financiamento, advindo originalmente de fundos dos jogos sociais, não deixa entretanto de ser uma ação estratégica a garantir os objetivos definidos para esta área e para o desenvolvimento de uma Rede de Referência para os PLA.

4.3.2. Medidas de Políticas Públicas do PNRPLA

- **(1) Medidas para a condução sob o efeito do álcool**

Evidências científicas

O estudo sobre políticas do álcool no âmbito da UE (Anderson & Baumberg, 2006) que esteve na base da estratégia europeia - *EU strategy to support Member States in reducing alcohol related harm* (European Commission, 2006) identificou evidências científicas sobre medidas mais efetivas que incluíam recomendações sobre:

- Testes de alcoolémia aleatórios;
- Redução do limite legal da concentração de álcool no sangue para a condução;
- Suspensão administrativa da licença de condução;
- Limite legal da concentração de álcool no sangue para a condução mais baixo para jovens condutores (tolerância zero).

Em 2008, as demais evidências científicas existentes sobre medidas mais efetivas (Babor *et al.*, 2003; WHO, 2007) incluíam recomendações sobre:

- Postos de controlo para verificação da sobriedade;
- Testes de alcoolémia aleatórios;
- Redução do limite legal da concentração de álcool no sangue para a condução;
- Suspensão administrativa da licença de condução.
- Licenças de condução progressivas para condutores principiantes.

Em 2010, as medidas mais efetivas identificadas (Babor *et al.*, 2010) incluíam ainda recomendações sobre:

- Postos de controlo para verificação da sobriedade
- Testes de alcoolémia aleatórios
- Redução do limite legal da concentração de álcool no sangue para a condução
- Suspensão administrativa da licença de condução
- Limite legal da concentração de álcool no sangue para a condução mais baixo para jovens condutores (tolerância zero)
- Licenças de condução progressivas para condutores principiantes

Principais medidas em implementação à margem do PNRPLA

As políticas de segurança rodoviária evoluíram paralelamente às políticas do álcool desde o início dos anos 2000. Durante a vigência do PACA a DGS acompanhou e participou do processo de elaboração, revisão da legislação e regulamentação na área da condução sob efeito do álcool junto do Direção Geral de Viação (Ministério da Administração Interna) ²⁵⁰. Nesta altura seriam introduzidas e aplicadas medidas de fiscalização mais específicas e agravadas as penalizações para a condução sob efeito do álcool. O PACA propunha já em 2000 a redução das taxas de alcoolémia para condutores recém-encartados, condutores de veículos de ligeiros de transporte público e de pesados de passageiros ou mercadoria, condutores de veículos de socorro, emergência e de transportes escolares. Entretanto, nenhuma dessas medidas foi adotada durante os anos que se seguiram. Desde 2008 que o IDT desenvolveu um trabalho interministerial para elaborar e acompanhar o PNRPLA, que incluía a questão da sinistralidade rodoviária, onde participaram elementos do Instituto da Mobilidade e dos Transportes Terrestres (Ministério da Economia) e da Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária

²⁵⁰ Documentos de Arquivo da DGS: - 19971016_02a carta DGS_MS; - 19971202_02a carta DGS_MS; - 19990000_02b DGV manual de procedimentos; - 19990210_02a carta DGS_MS; - 19990315_02a despacho MS condução álcool; - 19990322_02a carta DGV_DGS; - 20000120_02a carta ARS_DGS; - 20000214_02a carta DGS_MS; - 20000221_02a carta DGS_ARS; - 20000224_02a carta ARS_DGS; - 20000228_02a carta ARS_DGS; - 20000402_02a carta DGS_ARS (2); - 20000402_02a carta DGS_ARS; - 20000417_02a carta ARS; - 20000417_02a carta DGS_ARS; 20000417_02a carta GNR_DGS; - 20000417_02a carta PSP; - 20000419_02a carta ARS (2); - 20000419_02a carta ARS ; - 20001018_02a carta ARS_DGS; - 20001020_02a carta ARS_DGS; - 20010000_04d Proposta PORTARIA COD ESTRADA; - 20010117_02b EU el alcohol al volante; - 20010316_06b DGV DESPACHO; - 20010819_04a CARTA DSPSM H_STO_ANDRE; - 20010919_04a INFO DSPSM DG; - 20010919_06a revisão regulamento da condução; - 20011123_04a CARTA MS DGS; - 20011211_02b artigo RPCG; - 20020117_04a CARTA DSPSM MS.

(Ministério da Administração Interna)²⁵¹. Apesar dessa última colaboração, que resultou numa aproximação de posições entre as políticas do álcool e da segurança rodoviária, o trabalho das duas partes continua ocorrendo de forma distinta e isolada.

As declarações dos dois responsáveis, no momento em que paralelamente se discutia a proposta do PNRPLA até 2012 e a Estratégia Nacional de Segurança Rodoviária até 2015 demonstram bem o distanciamento que se encontrava presente.

O Governo pondera reduzir a taxa de alcoolemia para os 0,2 gramas por litro para os condutores de ambulâncias, veículos pesados, transporte de passageiros e recém-encartados, revelou hoje o presidente da Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária.

Segundo Paulo Marques, a Estratégia Nacional de Segurança Rodoviária até 2015 prevê um conjunto de medidas para reduzir a sinistralidade rodoviária, estando entre elas “ponderar a redução da taxa de alcoolemia para 0,2” gramas de álcool por litro de sangue para certo tipo de condutores.

“Há recomendações da União Europeia nesse sentido [redução da taxa] e nós queremos ponderar se em Portugal também faz sentido adotar essas recomendações”, disse aos jornalistas Paulo Marques, à margem de uma audição sobre aquela Estratégia, que decorre hoje na Assembleia da República.

Em Portugal, não é permitido conduzir com uma taxa de alcoolemia igual ou superior a 0,5 gramas de álcool por litro de sangue. (...)»

Diário Digital, 09-02-2009 - Álcool: Governo pode baixar taxa para ambulâncias e pesados.

«Acelerar os processos e a aplicação de contraordenações aos condutores apanhados com álcool são medidas do Plano Nacional para a Redução dos Problemas Ligados ao Álcool, ontem divulgado pelo Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT). O plano estabelece como prioridade reduzir o tempo de espera entre a infração e o momento em que o condutor é realmente punido.

O IDT quer criar um grupo de trabalho com o Ministério da Justiça e a Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária, entre outros organismos de segurança, para fiscalizar “o tempo médio” que demoram estes processos e impor maior rapidez. É mais uma medida para apertar o controlo do álcool na estrada, a par da redução da taxa de alcoolemia permitida para os condutores há menos de três anos.

Mas, questionado pelo CM, o Ministério da Justiça responde que “dará o seu contributo, em primeiro lugar, no âmbito do Governo”.»

Jornal Correio Manhã, 10-02-2009 - Rapidez nas penas de álcool ao volante. Pg. 19. Escrito por Rute Araújo.

João Goulão: 'A bebedeira é o objetivo' (...)

- Qual a razão da redução do limite mínimo da taxa de alcoolemia para os recém-encartados?

JG: - Essa é uma sugestão da autoridade de segurança rodoviária e que, do ponto de vista institucional, está contemplada nesta nossa estratégia. Sempre que se fala de álcool, fala-se de acidentes, de carros, de mortes na estrada. Por isso tem que haver uma correspondência. Agora não foi o IDT, ou o João Goulão, que decidiu avançar com a redução da taxa de alcoolemia. Não é disso que se trata.

Jornal SOL, 21-02-2009 - 'A bebedeira é o objetivo' . Pg. 18.

Medidas contempladas no PNRPLA:

- Sinistralidade Rodoviária:

- Proposta de redução da taxa de alcoolemia para condutores recém-encartados (período de carta provisória). (medida 6.1.)
- Promoção do aumento da fiscalização da condução sob efeito de álcool e da sua visibilidade, nomeadamente através: (...) - do reforço das operações de fiscalização aleatória. (medida 6.3.)

²⁵¹ Documentos dos Grupos de Trabalho do PNRPLA (IDT): “GT_3 Adultos e Meio Laboral”; Dossier “GT_4 Prevenção Formação Comunicação”; Dossier “GT_7 Reinserção” – múltiplos documentos

- Promoção do aumento da fiscalização da condução sob efeito de álcool e da sua visibilidade, nomeadamente através: (...) - da presença regular das forças de segurança em locais de presumível consumo excessivo. (medida 6.3.)
- Divulgação nos *media* dos resultados das ações de fiscalização explicitando as consequências do incumprimento da lei. (medida 6.4.)
- Promoção da celeridade na resolução dos processos e na aplicação das contraordenações, através da criação de um grupo de representantes dos organismos responsáveis pelo cumprimento da lei para potenciar medidas estratégicas nesta matéria. (medida 7.1.)
- Promoção da divulgação e aplicação de programas específicos para a reabilitação de condutores sancionados, nomeadamente através da reformulação e ampliação do “Programa STOP – Responsabilidade e Segurança”. (medida 7.2.)

Observações e análise:

Tendo sido implementadas as medidas de fiscalização e aplicação de penas na condução sob efeito do álcool nos anos que antecederam o PNRPLA, inclusive com uma progressiva divulgação pública das atividades e resultados das operações, o momento seria propício para avaliar e propor medidas específicas para grupos mais expostos ao risco e mais vulneráveis de sofrerem danos causados pela condução sob efeito do álcool.

Nesta altura, a deteção de um número elevado de casos, com cerca de 40% dos jovens que morrer em acidentes na estrada com álcool no sangue, confirmava a necessidade de intervenção mais incisiva nesta área (Cunha Filho *et al.*, 2010).

As medidas propostas pelo PNRPLA são na maior parte externas a Saúde, e reforçam as medidas da Estratégia de Segurança Rodoviária já em desenvolvimento, a nível da repressão, fiscalização e aplicação de penas. Reforça também a atividade, que já vinha sendo promovida, de publicitar as ações, como estratégia de consciencialização.

Ao mesmo tempo, mas de forma menos incisiva, apresenta propostas no sentido de reduzir as possibilidades de consumo de álcool na condução em condutores recém-encartados, mas desistindo de ampliar essas propostas a outros condutores profissionais. Mas mesmo essa medida foi desconsiderada pelo Governo. Na aprovação do PNRPLA, o Secretário de Estado da Saúde dizia que “não é o momento para avançar com a redução da taxa de alcoolemia para os recém-encartados”²⁵².

Uma medida importante no âmbito da Saúde que permite contribuir significativamente para reduzir a condução sob o efeito do álcool, é a intervenção e encaminhamento para tratamento de condutores com problemas ligados ao álcool. O programa STOP, que envolve diversos organismos públicos - Administração Interna, Justiça, Reinserção Social, Prevenção Rodoviária e Saúde - já vem sendo desenvolvido desde final dos anos 90, com uma visão mais construtiva em relação ao problema e resultados importantes, merecia um investimento consistente para a sua ampliação.

- **(2) Estratégias de educação e persuasão (inclui a educação, comunicação, formação e consciencialização pública e a embalagem e rotulagem de produtos com álcool)**

Evidências científicas

O estudo sobre políticas do álcool no âmbito da UE (Anderson & Baumberg, 2006) que esteve na base da estratégia europeia - *EU strategy to support Member States in reducing alcohol related harm* (European Commission, 2006) não identificou evidências científicas sobre medidas mais efetivas que permitiam fazer recomendações.

²⁵² Sic Online, 26-05-2010 - Plano de combate ao alcoolismo entre os jovens em vigor e sem “medidas repressivas”.

Sumariamente, as conclusões referem que apesar da boa qualidade de alguns programas educacionais e preventivos em meio escolar, a pequena dimensão do seu impacto populacional proporciona uma efetividade limitada. Todavia a sua aplicação proporciona informação importante. Em relação as campanhas de comunicação e/ou consciencialização pública que incidem sobre o consumo de baixo risco apresentam uma eficácia limitada e as abordagens de *media advocacy* são importantes para obter apoio público para as mudanças das políticas do álcool. Por último, as advertências na rotulagem de produtos, embora com evidência limitada na redução dos danos causados pelo álcool, pode proporcionar informações precisas e consistentes sobre o álcool.

Em 2008, as demais evidências científicas existentes sobre medidas mais efetivas (Babor *et al.*, 2003; WHO, 2007) não incluíam recomendações. Alguma evidência foi relatada sobre programas em meio escolar associados a intervenções comunitárias e sobre campanhas de *mass media* para reduzir condução sob efeito de álcool.

Em 2010, as medidas mais efetivas identificadas (Babor *et al.*, 2010) não incluíam recomendações sobre programas de prevenção e educação em meio escolar, campanhas de comunicação e/ou consciencialização pública (incluindo *mass média*, *marketing* social) e rotulagem de produtos, com advertências e sinais. A maior parte dessas abordagens não conseguiram demonstrar evidência científica de efetividade consistente ao longo do tempo. Algumas abordagens de marketing podem aumentar a conscientização pública, mas não mostraram ser capazes de mudar comportamentos ao longo do tempo.

Principais medidas em implementação à margem do PNRPLA

Sob a tutela do Ministério da Educação, desde 2005 o Projeto Educativo de Escola passou a incluir a área da Educação para a Saúde obrigatoriamente²⁵³, que incluía uma abordagem ao consumo de substâncias nas orientações para o desenvolvimento de projetos. A funcionar desde 2007, os projetos são de iniciativa das escolas. Desde 2009 ficou estabelecido²⁵⁴ que cada agrupamento de escolas e escola não agrupada deverá ter uma equipa interdisciplinar de educação para a saúde e educação sexual, com uma dimensão adequada ao número de turmas existentes, coordenada pelo professor coordenador. As repercussões e resultados desta abordagem não foram avaliados com vista a analisar a sua efetividade na redução dos comportamentos de consumo e danos associados durante este período.

As estratégias de sensibilização mais difundidas ocorreram por iniciativa própria de representantes da Indústria do Alcool. Entre outras iniciativas, o Programa 100% Cool (ANEBE) ganhou dimensão e apoios junto dos organismos públicos. Em 2009, já possuía um apoio do IDT/Ministério da Saúde, que anteriormente se tinha mostrado avesso a isso.

A rotulagem de bebidas estava entregue a compromissos voluntários de autorregulação da Indústria do Alcool.

Medidas contempladas no PNRPLA:

(2.1) Educação, comunicação, formação e consciencialização pública

- Jovens, crianças e grávidas:

- Apoio ao desenvolvimento de programas educacionais de nível nacional e elaboração de materiais técnico-pedagógicos no âmbito da educação para a saúde (área Prevenção, Formação, Comunicação e Educação) e à promoção de contextos e programas recreativos sem álcool. (medida 3.1.)

²⁵³ Portugal. Ministério da Educação (2005) - Despacho n.º 25.995/2005, de 16 de dezembro. Determina a obrigatoriedade das escolas incluírem no seu Projeto Educativo a área da Educação para a Saúde.

²⁵⁴ Lei n.º 60/2009, de 6 de Agosto, regulamentada pela Portaria n.º 196-A/2010, de 9 de Abril.

- Promoção de intervenções formativas dirigidas a profissionais e outros interventores junto destes grupos (área Prevenção, Formação, Comunicação e Educação). (medida 5.3.)

- Sinistralidade Rodoviária:

- Promoção e divulgação de programas de prevenção específicos e de outras iniciativas de informação/sensibilização sobre álcool e condução para a população geral e jovens em particular. (medida 6.2.)
- Promoção de intervenções formativas dirigidas a profissionais e outros interventores na segurança rodoviária. (medida 8.3.)

- Adultos e Meio Laboral:

- Informação e sensibilização dos trabalhadores, quadros e outras entidades e agentes do mundo laboral sobre riscos para a saúde e segurança ligados ao consumo de álcool. (medida 10.4.)
- Promoção de intervenções formativas dirigidas a profissionais e outros interventores em meio laboral. (medida 11.3.)

- Prevenção, Formação, Comunicação e Educação:

- Promoção de intervenções formativas dirigidas a profissionais e outros interventores na área da prevenção. (medida 12.1.)
- Promoção da formação inicial e contínua, dirigida a profissionais que lidam com grupos e contextos considerados, nomeadamente formação pré e pós-graduada e outros interventores que desenvolvem ações e/ou programas na área dos PLA. (medida 12.2.)
- Reforço do desenvolvimento de projetos em meio escolar na área do álcool e no âmbito da promoção e educação para a saúde, numa perspetiva de prevenção universal. (medida 13.3.)
- Desenvolvimento de campanhas integradas e focalizadas nos diferentes contextos considerados prioritários, sobre os riscos associados ao consumo nocivo do álcool, envolvendo as estruturas da comunidade. (medida 14.1.)

- Tratamento:

- Promoção de intervenções formativas dirigidas a profissionais e outros interventores na área do tratamento. (medida 22.3.)
- - Reinserção:
- Promoção de intervenções formativas dirigida a profissionais e outros interventores na área da reinserção (área Prevenção, Formação, Comunicação e Educação). (medida 25.3.)

(2.2) Embalagem e rotulagem de produtos com álcool

- Sem medidas previstas.

Observações e análise:

Grande parte das propostas do PNRPLA nesta área dedica-se a formação de profissionais que têm de lidar com os PLA, uma atividade transversal do plano que, em si não produz resultados de saúde. Uma outra refere a elaboração de materiais técnico-pedagógicos e programas. Na verdade fazem parte de uma ação estratégica de criação de recursos e meios que permitiria uma atuação futura.

Algumas outras atividades preventivas se dirigem a grupos-alvo específicos mas não são claras nos seus objetivos e abordagens. As ações informativas e de sensibilização

podem contribuir para a conscientização dos indivíduos, mas tanto esses como as ações preventivas isoladas não possuem evidência científica de resultados efetivos de redução do consumo e danos do álcool. A melhoria dos resultados dessas atividades preventivas pode ser alcançado se forem criados programas estruturados e continuados e se estes estiverem associados a outras medidas de persuasão e educação do público a nível comunitário, como campanhas de *media* e *marketing* social, de regulação da disponibilidade, do acesso, da promoção e da publicidade de bebidas alcoólicas.

- **(3) Preços e taxas com vista a reduzir os danos causados pelo álcool**

Evidências científicas

O estudo sobre políticas do álcool no âmbito da UE (Anderson & Baumberg, 2006) que esteve na base da estratégia europeia - *EU strategy to support Member States in reducing alcohol related harm* (European Commission, 2006) identificou evidências científicas sobre medidas mais efetivas que incluíam recomendações sobre:

- Taxas sobre o álcool.

Em 2008, as demais evidências científicas existentes sobre medidas mais efetivas (Babor *et al.*, 2003; WHO, 2007) incluíam recomendações sobre:

- Taxas sobre o álcool.

Em 2010, as medidas mais efetivas identificadas (Babor *et al.*, 2010) continuam a incluir recomendações sobre:

- Taxas sobre o álcool.

Principais medidas em implementação à margem do PNRPLA

Durante o período que antecedeu o PNRPLA não ocorreram alterações nas taxas e impostos ligados aos produtos com álcool, com vista a gestão do consumo de bebidas alcoólicas. A taxa do IABA (Imposto sobre o Álcool e as Bebidas Alcoólicas) era apenas atualizada de acordo com os valores da inflação e manteve-se a taxa zero para ao vinho e outras bebidas fermentadas, tranquilas e espumantes. O IVA sobre a restauração e bebidas alcoólicas permaneceu na taxa intermédia (que era de 12% até Julho de 2010 quando sofreria um aumento para 13% no âmbito de reajustes fiscais generalizados).

O foco de atenção, no momento em que se desenvolvia o processo de aprovação do PNRPLA, continuou a se situar no contrabando de bebidas alcoólicas e nos danos para os impostos que essa prática causa, como algumas notícias de 2009 dão conta.

O Destacamento de Ação Fiscal do Porto, em colaboração com a Polícia Judiciária, apreendeu, na segunda-feira, tabaco contrafeito de diversas marcas e bebidas alcoólicas, provenientes de produção clandestina, num valor estimado de 30 mil euros.

Foi feita uma vistoria a uma residência, no concelho de Penafiel, onde foram encontrados 1850 maços de tabaco, alegadamente de fabrico por contrafação e de contrabando. Para além dos 2180 litros de álcool a 96 graus - alegadamente destinado à produção de bebidas alcoólicas -, foram apreendidos na casa 170 litros de aguardente, 150 de licor e 150 de melaço por fabrico clandestino, em destilaria fora de entreposto autorizado e com fuga à produção de qualidade e imposto.

O proprietário da residência foi constituído arguido, tendo ficado nomeado fiel depositário da mercadoria sujeita a imposto sobre o álcool e bebidas alcoólicas (IABA). A mercadoria apreendida será entregue a tribunal.

Jornal Público, 28-01-2009 - Apreendido tabaco e álcool no valor de 30 mil euros. Pg. 29. Escrito por Mariana Oliveira.

Num contexto social de consumo inadequadamente regulado, com uma ação fiscalizadora pouco eficaz, a corrupção associada ao contrabando de bebidas alcoólicas é considerada extremamente danosa e lesiva do bem público pelas autoridades judiciais (Cunha Filho *et al.*, 2010).

Medidas contempladas no PNRPLA:

- Sem medidas previstas.

Observações e análise:

Uma proposta inicial do PNRPLA, posta a discussão pública em 2009, de se destinar “uma percentagem das receitas oriundas da aplicação de impostos sobre a venda de bebidas alcoólicas” às políticas do álcool, no capítulo do “Financiamento” foi retirada da versão final do documento aprovado em 2010, sem que tenha sido substituída por outra proposta similar ou equivalente. As tentativas passadas de se associar impostos específicos a fins pré-determinados têm-se mostrado improcedente do ponto de vista orçamental e a criação de taxas pode interferir algumas regras de comércio da EU.

Por outro lado, a efetividade da política pública de aumento de taxas e preços não está relacionada com financiamento, visa sim a regulação do consumo de bebidas alcoólicas e danos associados. Esta função é a principal razão dos impostos especiais sobre o consumo (no caso do álcool o IABA). Apesar de efetiva essa medida nunca foi posta em prática nem foram feitas propostas ou estudos nesse sentido que pudessem se refletir nos Orçamentos de Estado.

O risco de evasão fiscal que o contrabando e a produção ilegal proporcionam é comumente referido como uma das razões para não se aumentar as taxas e impostos sobre os produtos. O aumento de taxas e impostos sobre bebidas alcoólicas deve ser acompanhado de medidas de fiscalização e controlo que produzem custos acrescidos.

De qualquer forma, os impostos sobre bebidas alcoólicas apresentavam-se na generalidade baixos, continuavam a existir isenções sobre o vinho nos impostos especiais e taxas reduzidas de IVA em geral, que mereciam medidas de harmonização de taxas e impostos das diversas graduações alcoólicas das bebidas.

- **(4) Regulação do acesso físico ao álcool (inclui as restrições à disponibilidade de álcool e a venda a menores de idade)**

Evidências científicas

O estudo sobre políticas do álcool no âmbito da UE (Anderson & Baumberg, 2006) que esteve na base da estratégia europeia - *EU strategy to support Member States in reducing alcohol related harm* (European Commission, 2006) identificou evidências científicas sobre medidas mais efetivas que incluíam recomendações sobre:

- Todas as restrições que incidem sobre os pontos de venda ou a venda de álcool
- Aumento a idade mínima legal para a compra de álcool.

Em 2008, as demais evidências científicas existentes sobre medidas mais efetivas (Babor *et al.*, 2003; WHO, 2007) incluíam recomendações sobre:

- Idade mínima legal para compra
- Monopólio estatal da venda a retalho
- Restrições de horários e dias de venda
- Restrição à densidade de pontos de venda

Em 2010, as medidas mais efetivas identificadas (Babor *et al.*, 2010) incluíam ainda recomendações sobre:

- Proibição total de venda de álcool
- Idade mínima legal para compra
- Monopólio estatal da venda a retalho
- Restrições de horários e dias de venda

- Restrição à densidade de pontos de venda
- Disponibilidade diferenciada de acordo com o teor alcoólico

Principais medidas em implementação à margem do PNRPLA

A idade mínima para compra e consumo de álcool em 18 anos, como definia o PACA em 2000 nunca foi instituída, sendo aprovado na legislação o limite de 16 anos, provavelmente por pressões de representantes da Indústria do Álcool e dos seus operadores. As demais medidas do PACA para regular o acesso e a disponibilidade tiveram dificuldades de implementação efetiva, devido a deficiente cumprimento e falhas na fiscalização. A única medida de fácil verificação foi a afixação de avisos nos estabelecimentos referindo a proibição de venda a indivíduos menores de 16 anos, embriagados e com aparente perturbação psíquica.

No início de 2010, pouco antes da aprovação do PNRPLA, o responsável do IDT identificava publicamente as falhas desta legislação e da sua prática, na esperança que se implementasse as mudanças necessárias.

«Maioria dos estabelecimentos de diversão noturna não confirma idade

Portugal é um dos quatro países europeus onde ainda é possível comprar bebidas alcoólicas aos 16 anos. Mas essa barreira poderá ter os dias contados, já que o Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT) quer elevar a idade mínima para os 18.

O aumento da idade de consumo do álcool dos 16 para os 18 anos "será obrigatoriamente acompanhada de uma revisão no processo de fiscalização". João Goulão, presidente do IDT, esclareceu ao Diário de Notícias, que, atualmente, "a fiscalização é relativamente cumprida" em relação ao decreto-lei de 2002, que obriga à exposição de cartazes que proíbem a venda de bebidas alcoólicas a menores de 16 anos, mas "muito deficiente no controlo efetivo da venda dessas bebidas".»

Jornal de Leiria, 07-01-2010 - Falta de fiscalização combatida com campanhas de prevenção. Pg. 6. Escrito por Elisabete Cruz.

Na mesma semana da aprovação do PNRPLA, em Maio de 2010, um estudo da Associação Portuguesa para a Defesa do Consumidor (DECO) veio reforçar as principais preocupações dos responsáveis do IDT e dos representantes das Sociedade Civil. Desenvolvido junto do comércio de bebidas alcoólicas demonstrou que a venda a menores era um acontecimento comum e quase normal e não uma exceção restrita a determinados contextos, representando um flagrante desrespeito pela legislação a todos os níveis e em todas as áreas do comércio (Cunha Filho *et al.*, 2010).

Um estudo da DECO, Associação Portuguesa para a Defesa do Consumidor, revela que muitos estabelecimentos comerciais não respeitam a lei e vendem álcool a menores de 16 anos. A DECO fez visitas a 97 locais, com a colaboração de jovens que, em mais de metade das situações, não tiveram problemas em comprar bebidas alcoólicas.

Nos super e hipermercados, a tarefa dos jovens clientes, com idades entre os 12 e os 15, foi facilitada sempre que compraram uma garrafa de vodka isoladamente. O mesmo aconteceu em restaurantes de fast-food e em cafés ou pastelarias: em mais de metade dos locais foi-lhes vendida a bebida alcoólica solicitada.

Os resultados deste estudo já seguiram para a Autoridade de Segurança Alimentar e Económica (ASAE), a quem cabe fiscalizar a aplicação da lei.

Presidente do IDT propõe proibição a sub-18

O presidente do Instituto da Droga e Toxicodependência (IDT) não se mostra surpreendido com os resultados deste estudo da DECO. Contactado pela Renascença, João Goulão afirmou que existe "uma enorme complacência" no nosso país "em relação ao consumo de álcool". Goulão aponta como uma das metas para resolver o problema a proibição da venda destas bebidas a menores de 18 anos.

DECO, 25-05-2010 - Menores de 16 compram álcool com alguma facilidade. Pg. 1 e 6.

Nenhuma das reivindicações de ONGs, de especialistas e do próprio IDT, ocorridas durante a fase de discussão do plano, bem como os acontecimentos que antecederam a aprovação do PNRPLA foi capaz de modificar as intenções e a decisão do Governo de

não avançar com alterações legislativas para aumentar a idade limite de compra e consumo para os 18 anos. Da mesma forma, não se verificaram intervenções neste período para reforçar ou melhorar a capacidade e a atuação da fiscalização existente sobre os estabelecimentos de venda de bebidas alcoólicas.

Medidas contempladas no PNRPLA:

(4.1) Restrições à disponibilidade de álcool

- Sem medidas previstas.

(4.2) Venda a menores

- Jovens, crianças e grávidas:

- Proposta de alteração da idade legal para a compra e o consumo de bebidas alcoólicas em locais públicos, de 16 para 18 anos. (medida 4.1.)
- Promoção da fiscalização sistemática nos locais de consumo e venda de bebidas alcoólicas e divulgação regular das respetivas ações. (medida 4.2.)
- Promoção da implicação dos fabricantes e distribuidores construindo compromissos de não comercializarem bebidas alcoólicas destinadas a crianças e adolescentes. (medida 4.4.)

Observações e análise:

Apesar da situação grave do consumo, nomeadamente por menores de 16 anos, e do não cumprimento da legislação sem consequências sociais e legais, na aprovação do PNRPLA pelo Governo, o responsável do MS, definiu que não haveria alterações legislativas do lado da oferta de bebidas alcoólicas (disponibilidade e acesso), medidas que foram consideradas “repressivas”²⁵⁵.

Assim, não se alteraria a idade limite de compra e consumo no futuro próximo, mantendo esse limite dos 16 anos e indicando que a ação nesta área deveria se centrar numa melhor fiscalização. A possibilidade de melhorar a fiscalização dos locais de venda depende de colmatar as deficiências de atuação das autoridades de fiscalização (ASAE), mas nenhuma medida nesse sentido foi anunciada ou prevista.

Acresce que são exatamente as medidas de restrição da disponibilidade, que poderiam ordenar o território e o funcionamento dos espaços urbanos de consumo intenso de bebidas alcoólicas, e as medidas que dificultam o acesso ao consumo que demonstram boa efetividade quando bem regulamentadas e aplicadas.

O apoio da Indústria do Álcool, no sentido de não produzirem bebidas alcoólicas atrativas a crianças e adolescentes é uma reivindicação antiga que remonta o início dos anos 2000 e o caso dos *alcopops*, fato demonstrativo da dificuldade de se estabelecer a medida de forma voluntária. No entanto, a medida continua válida e necessária, questionando-se se a via de aplicação efetiva seria a proposta e se não deveria envolver, além da comercialização, a publicidade e promoção desses produtos.

- **(5) Regulação do *marketing* e da promoção do álcool (inclui publicidade, promoção e patrocínio)**

Evidências científicas

O estudo sobre políticas do álcool no âmbito da UE (Anderson & Baumberg, 2006) que esteve na base da estratégia europeia - *EU strategy to support Member States in reducing alcohol related harm* (European Commission, 2006) não identificou evidências científicas sobre medidas mais efetivas que permitissem incluir recomendações. Embora

²⁵⁵ Sic Online, 26-05-2010 - Plano de combate ao alcoolismo entre os jovens em vigor e sem “medidas repressivas”.

haja evidência científica de que a exposição aos anúncios de bebidas alcoólicas tenha um impacto na promoção de uma atitude mais positiva para beber, principalmente entre os jovens, é apenas provável que a restrição ao seu conteúdo possa reduzir o consumo e os danos, já que essa restrição não foi avaliada especificamente até aquela altura. A autorregulação da comunicação comercial pela indústria de bebidas alcoólicas não tem registo de evidência de efetividade consistente.

Em 2008, as demais evidências científicas existentes sobre medidas mais efetivas (Babor *et al.*, 2003; WHO, 2007) não incluíam recomendações.

Em 2010, as medidas mais efetivas identificadas (Babor *et al.*, 2010) já incluíam recomendações sobre:

- Restrições legais a exposição.

Principais medidas em implementação à margem do PNRPLA

Já existia uma restrição da publicidade de bebidas alcoólicas na televisão, oriunda da Diretiva Comunitária conhecida Televisão Sem Fronteiras²⁵⁶, transposta para o Código da Publicidade em Portugal²⁵⁷ desde o início dos anos de 1990 e que veio a ser atualizado no decorrer dos anos até esta altura de 2010. A fiscalização e instrução de processos de infração ao Código da Publicidade nesta área foi responsabilidade de diversas entidades ao longo do tempo, em 2010 era ainda da responsabilidade do Instituto do Consumidor, mas poucas foram as ações em relação a infrações cometidas.

Existe ainda uma autorregulação criada pela Indústria do Álcool, nomeadamente as cervejeiras, junto do Instituto Civil da Autodisciplina da Comunicação Comercial (ICAP) com um código que datava de 2006 e que seria renovado em 2010. O ICAP identificou ao longo dos anos que antecederam o PNRPLA 2010-2012 várias mensagens publicitárias abusivas por estarem junto de locais de lazer e educação infantil e juvenil, utilizarem indivíduos que parecem possuir idade inferior a da permitida para beber, fazerem referências sexistas em relação a mulheres ou as utilizarem nos anúncios neste sentido, várias situações que foram inclusive alvo de processos da entidade autorreguladora²⁵⁸,

²⁵⁶ Diretiva 89/552/CEE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 3 de Outubro de 1989, relativa à coordenação de certas disposições legislativas, regulamentares e administrativas dos Estados-Membros respeitantes à oferta de serviços de comunicação social audiovisual (Diretiva "Serviços de Comunicação Social Audiovisual"), alterado pela Diretiva 97/36/CE, de 30 de Junho de 1997.

²⁵⁷ CÓDIGO DA PUBLICIDADE (aprovado pelo DL n.º 330/90, redação do Decreto-Lei n.º 57/2008, de 26 de Março)

SECÇÃO III - Restrições ao objeto da publicidade

Artigo 17.º

Bebidas alcoólicas

1 - A publicidade a bebidas alcoólicas, independentemente do suporte utilizado para a sua difusão, só é consentida quando:

- a) Não se dirija especificamente a menores e, em particular, não os apresente a consumir tais bebidas;
- b) Não encoraje consumos excessivos;
- c) Não menospreze os não consumidores;
- d) Não sugira sucesso, êxito social ou especiais aptidões por efeito do consumo;
- e) Não sugira a existência, nas bebidas alcoólicas, de propriedades terapêuticas ou de efeitos estimulantes ou sedativos;
- f) Não associe o consumo dessas bebidas ao exercício físico ou à condução de veículos;
- g) Não sublinhe o teor de álcool das bebidas como qualidade positiva.

2 - É proibida a publicidade de bebidas alcoólicas, na televisão e na rádio, entre as 7 horas e as 21 horas e 30 minutos.

3 - (...)

4 - Sem prejuízo do disposto na alínea a) do n.º 2 do artigo 7.º, é proibido associar a publicidade de bebidas alcoólicas aos símbolos nacionais, consagrados no artigo 11.º da Constituição da República Portuguesa.

5 - As comunicações comerciais e a publicidade de quaisquer eventos em que participem menores, designadamente atividades desportivas, culturais, recreativas ou outras, não devem exibir ou fazer qualquer menção, implícita ou explícita, a marca ou marcas de bebidas alcoólicas.

6 - Nos locais onde decorram os eventos referidos no número anterior não podem ser exibidas ou de alguma forma publicitadas marcas de bebidas alcoólicas.

(²⁵⁸)ICAP – Instituto Civil da Autodisciplina da Comunicação Comercial: Deliberações de 2008 (“22M-G/2-12J/2008 - Monitorização | UNICER | ‘Super Bock Festa’” e “20M-G/1J/2008 - Monitorização | UNICER | ‘Super Bock Praia’”) e de

Todavia, devido ao próprio processo de monitorização da publicidade, esta não era retirada em tempo útil para não expor o público e as consequências para os responsáveis eram mínimas. Além disso, situações de ações promocionais de eventos culturais, de lazer e diversão, festivais de música, e desportivos (associadas a símbolos nacionais, como o caso a seleção nacional de futebol), muitas vezes com ampla participação de jovens e de menores de idade, são exibidas amplamente nos meios de comunicação televisivos em horário livre (Cunha Filho *et al.*, 2010).

Medidas contempladas no PNRPLA:

- Jovens, crianças e grávidas:

- Promoção do alargamento da autorregulação da comunicação comercial de bebidas alcoólicas aos pontos de venda. (medida 4.3.)

Observações e análise:

A autorregulação não apresenta evidências de efetividade na literatura internacional nem é fruto de recomendação dos organismos especializados, estudos e peritos na área dos PLA.

Apesar de não existirem consistentes evidências sobre a efetividade das intervenções de restrição a publicidade e marketing de bebidas alcoólicas na altura de aprovação do PNRPLA, a situação existente é gravosa o bastante para exigir uma intervenção reforçada de regulação da promoção, publicidade e *marketing* de bebidas alcoólicas, diante de um nível reiterado de incumprimento da legislação e de atividades que vão contra os princípios da lei ou por vezes dos códigos de autorregulação, que efetivamente não os conseguem inibir.

Todavia nenhuma medida legislativa ou reguladora está prevista e, na aprovação do PNRPLA pelo Governo, o responsável do MS, referiu que “não está prevista para já qualquer alteração legislativa no sentido de efetivar medidas de combate ao consumo de álcool, e mesmo no que respeita à publicidade não se preveem restrições, tendo a tónica sido sempre posta na autorregulação”²⁵⁹.

- **(6) Modificação de contextos de consumo de álcool (inclui a redução de danos no consumo de álcool e nos ambientes envolventes)**

Evidências científicas

O estudo sobre políticas do álcool no âmbito da UE (Anderson & Baumberg, 2006) que esteve na base da estratégia europeia - *EU strategy to support Member States in reducing alcohol related harm* (European Commission, 2006) identificou algumas evidências científicas sobre medidas mais efetivas mas que não permitem incluir recomendações. Refere, entretanto, que essas medidas apresentaram um crescimento da evidência de efetividade para reduzir os danos causados pelo consumo, principalmente nos contextos de bares e restaurantes. Todavia, o efeito da maior parte das medidas depende do reforço da fiscalização das autoridades nos pontos de venda e consumo. Apresentam também maior efetividade quando associadas a programas de prevenção de base comunitária a nível local.

Em 2008, as demais evidências científicas existentes sobre medidas mais efetivas (Babor *et al.*, 2003; WHO, 2007) incluíam recomendações sobre:

- Fiscalização reforçada das leis e requisitos legais nos pontos de venda.

2009 (27J/2009 - Strat –Comunicação e Tecnologia vs. SCC-Soc. Central Cervejas e Bebidas) (Ver em http://www.icap.pt/icapv2/icap_site/deliberacoes.php?AG4JPQ51=ADotela9Xr1&AHAJJg5i=).

²⁵⁹ Sic Online, 26-05-2010 - Plano de combate ao alcoolismo entre os jovens em vigor e sem “medidas repressivas”.

Em 2010, as medidas mais efetivas identificadas (Babor et al., 2010) incluíam ainda recomendações sobre:

- Fiscalização reforçada das leis e requisitos legais nos pontos de venda.

Principais medidas em implementação à margem do PNRPLA

A restrição da venda a menores de 16 anos, pessoas com embriaguez ou perturbação mental e os avisos informativos sobre a proibição da disponibilização e venda de bebidas alcoólicas em estabelecimentos ficou estabelecida por lei em 2002. A restrição de venda em determinados espaços, como autoestradas ficou estabelecida em lei na mesma altura, mas sem eficácia necessária, atingindo apenas parcialmente esses espaços e em horários restritos. No decorrer dos anos verificou-se que toda a fiscalização sobre o cumprimento dessa legislação é notoriamente deficiente e ineficaz e inefetiva, como foi descrita anteriormente no que refere a venda a menores.

A proibição generalizada de venda de bebidas alcoólicas em máquinas automáticas foi estabelecida por lei em 2002 e efetivamente implementada ao longo dos anos. Da mesma forma, a proibição de venda e consumo em estabelecimentos de saúde e as limitações ao consumo nos locais de trabalho da Administração Pública parecem ter sido implementadas e cumpridas sem problemas visíveis.

Continuavam a não existir orientações definidas obrigatórias sobre a formação dos profissionais da hotelaria, apesar de já se fazer menção ao assunto em currículos de formação profissional, ou licenças dos estabelecimentos de venda.

Até 2010, eram raros os programas comunitários instituídos e desconhecidas quaisquer normas a nível local para ou proteger ambientes urbanos da venda e consumo mais intenso e alargado.

A exceção se refere a campanhas e ações locais, dirigidas a condução sob o efeito do álcool, feitas por ONGs (na maioria ligadas a Indústria do Álcool), em colaboração com agentes de autoridades e outros organismos públicos. O mais conhecido e divulgado era o “100% Cool” patrocinado pela ANEBE. Verifica-se um apoio precoce do IDT ao Programa em 2009, que envolvia cada vez mais as organizações públicas nas atividades da Indústria.

Lisboa, 11 Maio (Lusa) - A GNR associa-se este ano, pela primeira vez, à campanha 100% Cool e vai sensibilizar e distribuir prémios simbólicos, como senhas de gasolina, aos condutores que tenham taxa de alcoolemia zero durante as ações de patrulhamento.

A 7ª fase da campanha 100% Cool, promovida pela Associação Nacional de Empresas de Bebidas Espirituosas (ANEBE), foi hoje apresentada e vai contar com a parceria da GNR até Dezembro de 2010. (...)

O presidente do Instituto da Droga e Toxicod dependência (IDT), que esteve também presente na cerimónia, assinalou que o novo Plano Nacional para a Redução dos Problemas Ligados ao Álcool, que poderá ser aprovado ainda em Maio, (...)

Expresso OnLine, 12-05-2009 - Álcool: GNR dá senhas de gasolina a condutores 100% Cool. Escrito por: LUSA.

Os contextos em que há uma intensa promoção e publicidade de bebidas alcoólicas, incentivador do consumo, como eventos culturais, académicos, de lazer e diversão, de música e desportivos, muitas vezes com ampla participação de jovens e de menores de idade, não foram fruto de intervenção específica ao longo dos anos, mesmo diante da constatação da intensa promoção e publicidade incentivadora do consumo de bebidas alcoólicas. Nenhuma regulamentação ou ordenamento foi criado para limitar a publicidade e patrocínio ou restringir os pontos de venda e a disponibilidade de bebidas alcoólicas a horários controlados ou evitar situações de consumo excessivo em massa e consequentes problemas de intoxicação, acidentes e desordem e violência urbana.

O desenvolvimento de atividades de prevenção e redução de riscos e minimização de danos por parte de equipas locais ligadas ao IDT passou a incluir o álcool e ganhou

alguma dimensão a partir de 2007, principalmente no contexto contextos sociais recreativos de festa e diversão. Em 2009, as intervenções comunitárias nos contextos sociais de consumo excessivo de álcool, nomeadamente festivos e de diversão, já se encontravam abrangidas pelos Programas de Respostas Integradas do IDT em grande parte do país.

Até ao dia 30, equipas de voluntários vão abordar os "foliões" da Semana do Enterro e sensibilizá-los para a redução dos consumos de risco.

"Redução de Riscos em Contexto Académico" é o nome de um projeto de âmbito nacional que visa reduzir os excessos habitualmente cometidos durante as festas académicas. Para isso, foram criadas equipas de voluntários, formadas por alunos do Ensino Superior, que vão desenvolver uma intervenção de proximidade junto dos "foliões" académicos. (...) Estes voluntários passaram por um processo formativo e de acompanhamento técnico por parte do Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT), para melhor intervirem e passarem a mensagem. (...)

As maiores preocupações prendem-se com o consumo de drogas, lícitas ou ilícitas, em contexto recreativo e de lazer noturno e os efeitos de riscos associados ao consumo de substâncias. Também faz parte da abordagem destes voluntários educar no sentido da adoção de comportamentos alternativos e seguros de consumo de álcool, facilitar o acesso a meios preventivos de infeções sexualmente transmissíveis e ainda informar sobre as estruturas de apoio existentes na comunidade.

Em Aveiro este projeto está a ser implementado numa articulação estreita entre o Centro de Respostas Integradas de Aveiro (IDT) e o Projeto "Giros" das Florinhas do Vouga (financiado pelo IDT no âmbito PRI de Aveiro) e conta com o apoio da Associação Académica da Universidade de Aveiro e do Governo Civil de Aveiro.

Jornal Diário de Aveiro, 26-04-2009 - Voluntários combatem excessos durante Enterro do Ano. Pg. 3

Projeto Subtil da Cáritas pretende reduzir riscos e minimizar danos

Durante a Semana Académica da Guarda, que decorre até ao próximo dia 13, o Projeto Subtil da Cáritas vai intervir com o objetivo de reduzir riscos e minimizar danos junto de consumidores de álcool e outras substâncias psicoativas.

A preocupação com o consumo exagerado de bebidas alcoólicas por parte dos jovens tem levado a uma aposta na realização de ações de prevenção e sensibilização sobre os problemas decorrentes do uso e abuso do álcool. Novidade na Guarda é a intervenção durante a Semana Académica, que este ano decorre de 5 a 13 deste mês.

A ação durante a festa dos estudantes do ensino superior é desenvolvida no âmbito de um programa integrado, através do qual foi ministrada formação a voluntários, na sua maioria alunos do curso de Enfermagem, que agora estão a intervir nos locais onde decorrem as atividades, com especial destaque para os espetáculos no pavilhão do Nerga.

A principal chamada de atenção é não misturar álcool com condução.

A intervenção acontece pela mão do Projeto Subtil, da Cáritas Diocesana da Guarda, no âmbito do projeto "Redução de Riscos no Meio Universitário", do Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT), e enquadra-se no Programa de Respostas Integradas (PRI) do Distrito.

O Projeto e as ações Promovido pela Cáritas Diocesana da Guarda, o Projeto Subtil tem como missão desenvolver um conjunto de estratégias de intervenção com vista à redução de riscos e à minimização de danos nas freguesias da Sé, São Vicente e São Miguel. (...)

O Projeto conta com a contribuição de diversos parceiros locais, nomeadamente Governo Civil, Proteção Civil, Câmara Municipal da Guarda, Instituto Português da Juventude, Cruz Vermelha, Associação Académica, IDT, Ministério da Saúde e Unidade Local de Saúde da Guarda.

Jornal Nova Guarda, 06-05-2009 – Testes de alcoolemia e distribuição de preservativos durante a Semana Académica. Pg. 7. Escrito por Fátima Monteiro

Outro contexto que ganhou expressão nos anos que antecederam ao PNRPLA foi o contexto laboral. Em Junho de 2009, O IDT avançou com trabalho sobre o consumo de álcool e outras drogas em contexto laboral, mesmo com ambos os planos nacionais para as drogas e as toxicodependências e para a redução dos PLA ainda não aprovados pelo Governo. A organização de um encontro sobre o tema permitiu dar início ao debate e envolver associações patronais e sindicatos na conciliação de interesses e iniciar a

criação de um guia de orientação sobre as intervenções adequadas possíveis. Nesta altura o responsável do IDT planeava alterações legislativas e os acordos entre as partes envolvidas para apoiar a implementação das intervenções em meio laboral.

«Em breve as Empresas vão poder fazer testes de álcool e de droga aos seus funcionários. Com esta medida pretende-se ajudar as pessoas dependentes e combater o absentismo. O governo ainda está a estudar esta medida. Se a ideia avançar será o Instituto da Droga e Toxicodependência a realizar os despistes. Para além do IDT, o grupo que está a estudar este assunto integra ainda a Autoridade para as Condições do Trabalho. (...)

Este rastreio integra o Plano de Ação contra as Drogas e as Toxicodependências de 2009-2012, a que o DN teve acesso, e faz parte dos programas de prevenção em meio laboral que o IDT quer desenvolver neste triénio. (...)

O grupo de trabalho conta com a participação do IDT, a Autoridade para as Condições de Trabalho e as organizações sindicais e as patronais. Para que a medida seja geral, Goulão admite a "necessidade de criar propostas legislativas". "A lei tem de ser harmonizada ou, até, fazer-se nova legislação", diz. No entanto, o Governo PS, por ser minoritário, terá de encontrar apoio nos outros grupos parlamentares para garantir a sua aprovação.»

RTP 1 / Telejornal, 10-10-2009, 20:00 - Empresas vão poder fazer testes de álcool e de droga aos seus funcionários. Jornalista: José Rodrigues dos Santos

«O Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT) vai desenvolver um plano de combate ao consumo de drogas e álcool nos locais de emprego. Um problema que está na origem de muitos dias de trabalho perdidos, muitas situações de desemprego e de acidentes de trabalho, disse ao DN o presidente daquele instituto, João Goulão.

Por isso, hoje,...), aquele responsável vai sentar-se à mesa com sindicatos, associações patronais e algumas empresas portuguesas, entre elas EDP, CTT e ANA-Aeroportos de Portugal, para discutir o assunto. Um encontro no qual João Goulão espera que “se dê o pontapé de saída para a criação de um guia orientador da intervenção a fazer em meio laboral”. E no qual apresentará um documento de base para a nova estratégia. (...)

João Goulão admite que a tarefa não será fácil porque “há interesses antagónicos em jogo”. Também por isso considera que o combate ao problema passa necessariamente por acordos com empresas e sindicatos. Mas considera que será também uma prioridade de atuação do IDT.

Por isso, a reunião, que junta todos os possíveis atores no combate ao consumo de drogas no meio laboral é o evento mais importante a realizar no Dia Internacional de Luta contra a Droga, considera. Apesar de tudo, refere, o álcool é, de entre drogas lícitas e ilícitas, aquele que tem maior impacto nos locais de emprego no nosso país. (...)

Em Portugal, não existem dados sobre o impacto do álcool a nível laboral, nem sobre a ocorrência de acidentes de trabalho associados ao seu uso excessivo. Contudo, de acordo com dados de um inquérito recente, citado no Plano Nacional ainda por aprovar, 8,7% dos indivíduos que trabalham dizem ter consumo nocivo de álcool. (...)»

Jornal Diário de Notícias, 26-06-2009 – Portugal vai combater droga no emprego. Escrito por Ana Tomás Ribeiro.

Medidas contempladas no PNRPLA:

- Adultos e Meio Laboral:

- Proposta de redação de um conjunto de normas relativas aos problemas do álcool em meio laboral, a serem integradas em diploma legal. (medida 9.1.)
- Propostas de autorregulação para a redução do consumo de bebidas alcoólicas nos locais de trabalho. (medida 9.2.)
- Elaboração e divulgação de linhas orientadoras para o desenvolvimento de programas integrados para os Problemas Ligados ao Álcool (da prevenção à reinserção). (medida 10.3.)
- Apoio técnico e/ou financeiro para o desenvolvimento de projetos de intervenção em meio laboral, baseado em critérios de qualidade e na estimativa das necessidades de intervenção. (medida 10.5.)

Observações e análise:

As medidas propostas se dedicam quase exclusivamente ao contexto laboral, mesmo assim indicam ser apenas medidas de sensibilização e programas de adesão voluntária, com fraca possibilidade de ganhar força de lei.

Nesse sentido, não foi prevista nenhuma nova regulamentação ou reestruturação ou ampliação de medidas legislativas existentes que se dediquem a limitar o consumo de álcool e os danos associados em espaços públicos, locais de trabalho ou estabelecimentos de disponibilização e venda de bebidas alcoólicas.

Nenhum programa, intervenção programada e sistematizada ou normas de funcionamento foram previstos, para além da normal atuação local dos serviços do IDT, para os contextos de eventos onde o consumo é incentivado pela intensa promoção, publicidade e disponibilidade de bebidas alcoólicas.

As medidas de reforço da fiscalização estão inseridas em outras áreas, nomeadamente a da venda a menores, sinistralidade rodoviária, mas não estão previstos instrumentos ou meios que permitam efetivar essas medidas ou resolver as falhas existentes.

- **(7) Intervenções precoces e tratamento (inclui as intervenções no consumo de risco e nocivo de álcool e dependência de álcool e as intervenções e assistência aos familiares de pessoas com dependência de álcool)**

Evidências científicas

O estudo sobre políticas do álcool no âmbito da UE (Anderson & Baumberg, 2006) que esteve na base da estratégia europeia - *EU strategy to support Member States in reducing alcohol related harm* (European Commission, 2006) identificou evidências científicas sobre medidas mais efetivas que incluíam recomendações sobre:

- Intervenções breves, nomeadamente nos cuidados de saúde primários, para reduzir o consumo de risco e nocivo.

Em 2008, as demais evidências científicas existentes sobre medidas mais efetivas (Babor *et al.*, 2003; WHO, 2007) incluíam recomendações sobre:

- Intervenções breves com consumidores de risco
- Participação em organizações e grupos de ajuda-mútua/autoajuda
- Providenciar tratamento especializado na comunidade

Em 2010, as medidas mais efetivas identificadas (Babor *et al.*, 2010) incluíam ainda recomendações sobre:

- Intervenções breves com consumidores de risco
- Participação em organizações e grupos de ajuda-mútua/autoajuda
- Desintoxicação médica e social
- Psicoterapias baseadas em conversa

Principais medidas em implementação à margem do PNRPLA

A Rede Alcoológica Nacional, proposta pelo PACA e pelo Decreto-Lei 318/2000 de 14 de Dezembro nunca foi efetivamente criada e implementada. Posteriormente o IDT propôs a criação de uma rede de referência para os PLA antes mesmo da aprovação do PNRPLA. Acompanhando esta proposta de organização, foi referida a necessidade de implementar uma abordagem homogénea de atendimento e encaminhamento dos utentes dos diversos níveis de cuidados de saúde, que incluía a implementação de rastreios, identificação de casos, intervenções breves e encaminhamentos. Mas a aprovação da arquitetura da rede que incluía toda a extensão dos cuidados de saúde do SNS não se desenvolveu.

Desde 2007 o IDT foi adaptando a sua estrutura de atendimento e prestação de cuidados de saúde especializados às necessidades da procura pelos doentes alcoólicos. Assim, estendeu a sua capacidade instalada em áreas como atendimento, consultas especializadas e desintoxicação a população com PLA. Providenciou também, a partir de 2008, o alargamento das convenções para tratamento de alcoólicos em unidades privadas, aumentando consideravelmente a capacidade de resposta as pessoas com dependência de álcool, para além da existente nas três unidades de alcoologia públicas.

Na altura de aprovação do PNRPLA o IDT se encontrava no pleno desenvolvimento da sua estrutura interna de prestação de cuidados de saúde especializados para alcoólicos, com um aumento dos doentes atendidos e tratados, mas não tinham sido reunidas condições para se criar a Rede de Referência para os PLA.

Medidas contempladas no PNRPLA:

- Jovens, crianças e grávidas:

- Elaboração e divulgação de linhas orientadoras para intervenções junto de grávidas. (medida 1.1.)
- Elaboração de materiais de informação e sensibilização para os riscos e promoção de competências para lidar com as solicitações ao consumo. (medida 1.2.)
- Reforço dos sistemas de atendimento, informação, encaminhamento e apoio, na área dos Problemas Ligados ao Álcool em grávidas, mediante protocolos e articulação dos organismos e entidades que intervêm na área. (medida 1.3.)
- Elaboração e divulgação de linhas orientadoras na deteção, avaliação, encaminhamento e tratamento das famílias e das crianças. (medida 2.1.)
- Elaboração e divulgação de linhas orientadoras no âmbito do aconselhamento e intervenções breves em jovens e do aconselhamento dos pais, encarregados de educação e familiares. (medida 3.2.)
- Reforço dos sistemas de atendimento, informação, encaminhamento e apoio, na área dos Problemas Ligados ao Álcool em jovens, mediante protocolos e articulação dos organismos e entidades que intervêm na área. (medida 3.3.)

- Tratamento:

- Definição e implementação de linhas orientadoras baseadas na evidência dos programas de tratamento em regime de ambulatório e de internamento. (medida 20.1.)
- Criação de uma rede de referência de acordo com os diversos níveis de gravidade e de necessidades. (medida 21.1.)
- Definição de critérios de gravidade para referência de utentes. (medida 21.2.)

Intervenções e assistência aos familiares de pessoas com dependência de álcool

- Jovens, crianças e grávidas:

- Construção e implementação de programas estruturados de intervenção em familiares e crianças em articulação com serviços de saúde e outros serviços locais, bem como com os projetos internacionais da UE em curso. (medida 2.2.)
- Agilização do acesso às estruturas de saúde, através da criação de rede nacional de articulação do acompanhamento de crianças e de famílias com PLA envolvendo todos os intervenientes, definindo níveis de ação diferenciados e coordenados. (medida 2.3.)

- Reinserção

- Conceção de um modelo de intervenção para a área da reinserção, que contemple a figura do gestor de caso, a abordagem familiar e o acompanhamento integrado do utente. (medida 23.2).

Observações e análise:

No geral, o foco das medidas previstas no PNRPLA está na implementação de uma rede de referenciação que envolva todos os níveis de prestação de cuidados de saúde e sociais, bem como os instrumentos clínicos necessários para que se consiga rastrear, intervir e encaminhar os indivíduos de acordo com o nível de problemas ligados ao álcool que apresentam. Embora haja indícios de que o investimento em tratamentos especializados em países com uma elevada prevalência de problemas de álcool pode trazer ganhos sociais, em países com taxas populacionais mais baixas de perturbações devidas ao uso de álcool a introdução de rastreios populacionais, seguidos de intervenções breves ou encaminhamento para tratamento podem ser uma abordagem mais custo-efetiva.

Todavia, a integração dos CRAs no IDT e o desenvolvimento interno dos serviços de saúde do IDT ao longo dos anos anteriores a aprovação do PNRPLA seguiu um caminho ligeiramente diferente do que seria o esperado no caso de uma rede de referenciação. O IDT possuía uma estrutura de serviços de saúde vertical, separada da estrutura do SNS. Ao integrar os CRAs nessa estrutura e ampliar o atendimento dos PLA internamente, atingiu-se um nível de resposta a população que não existia antes e que prometia apresentar melhores resultados de saúde em termos capacidade de tratamento. Mas também afastou essas respostas da globalidade dos outros serviços pertencentes ao SNS que deveriam participar numa rede de referenciação. Deles fariam parte desde os serviços especializados em alcoologia pertencentes aos hospitais psiquiátricos que já existiam anteriormente, mais os serviços dos hospitais centrais, bem como toda a intervenção desenvolvida pelos Cuidados de Saúde Primários.

Os objetivos do PNRPLA para esta área de desenvolver uma rede de referenciação que envolvesse todo o SNS e mais algumas estruturas sociais, desenvolver uma abordagem tanto preventiva como de intervenção, encaminhamento e tratamento e atender a indivíduos e familiares, pareciam ser difíceis de realizar, partindo da reestruturação feita até então pelo IDT e da experiência passada de dificuldades de integração no SNS. A simples criação e desenho da rede, à semelhança da anterior experiência da RAN na primeira metade da década de 2000, sem que houvesse um compromisso de todos os envolvidos do sistema de saúde para efetivamente a aprovar, implementar e pôr a funcionar, seria um mero exercício de planeamento.

5. A IMPLEMENTAÇÃO DO PNRPLA - PLANO NACIONAL PARA A REDUÇÃO DOS PROBLEMAS LIGADOS AO ÁLCOOL (2010-2013)

Contrariamente ao que se podia esperar, o processo de implementação de algumas das medidas contidas no PNRPLA 2010-2012 já vinha a ocorrer durante o período em que se esperava por uma tomada de decisão e aprovação política do plano, nomeadamente as que diziam respeito à reorganização dos serviços de saúde e a expansão da rede de atendimento e prestação de cuidados de saúde a alcoólicos. Nessa área, o plano apenas refletia a estratégia organizacional estabelecida pelos responsáveis. Contudo, estas mudanças faziam parte de uma reestruturação administrativa, com o objetivo de racionalizar e potenciar os serviços disponíveis, com realocações de meios e redução da despesa global, caracterizando uma realocação de recursos e meios sem necessariamente haver lugar a novos investimentos.

Por outro lado, a atividade política necessária a implementação de políticas públicas do álcool na área da regulação, quer a nível legislativo e quer a nível executivo, não se encontrava muito presente na altura da aprovação do PNRPLA 2010-2012, demonstrando uma reduzida vontade política para o seu pleno desenvolvimento. Assim, a pouca legislação e regulamentação criadas ou alteradas, nem sempre consistentes com as intenções iniciais do plano, ocorreram apenas após o prazo de vigência do plano, já num governo seguinte ao que o introduziu.

Oficialmente, o tempo em que decorreu essa implementação começou em 26 de Maio de 2010, na primeira reunião do “Conselho Interministerial” da Coordenação Nacional para os Problemas da Droga, das Toxicodependências e do Uso Nocivo do Álcool, se estendendo até início de 2013 em algumas das suas decisões tardias, abrangendo os seguintes períodos governamentais:

- 1º Período: XVIII Governo Constitucional - PS (26/10/2009 - 21/06/2011)
- 2º Período: XVIII Governo Constitucional – PSD/CDS (21/06/2011- 30/10/2015)

Todos os acontecimentos simultâneos ao período de existência PNRPLA, e que influenciaram a concretização das suas medidas em diversos momentos no tempo, estão inseridos nesta parte do capítulo. Como se considera que apenas a partir da criação de legislação ou norma, programa ou ações, reorganização de sistemas ou serviços, destinação de recursos financeiros ou meios pode-se falar da concretização e implementação propriamente dita de uma política pública ou medida específica prevista essa fase foi parca de acontecimentos marcantes. Aqueles que acabaram por ocorrer em momentos imediatamente posteriores o período de vigência do PNRPLA foram alvo de nota, sem contudo ter sido possível acompanhar o seu desenvolvimento.

A seguir, descreve-se e analisa-se o contexto e as ações empreendidas pelos atores, governativos e político-partidários, bem como grupos de interesse e de pressão, que procuraram influenciar as políticas públicas relacionadas como os PLA. Todos fatores que determinaram a implementação e desenvolvimento do PNRPLA.

5.1. SUBSÍDIOS DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DO PNRPLA (INPUTS)

5.1.1. Contexto Social e de Saúde

- **Ambiente Externo: subsídios das organizações europeias e internacionais após o período de aprovação do PNRPLA**

A nível da OMS, em 2008 se iniciou trabalhos para a criação de uma estratégia global de redução do uso nocivo de álcool (*Strategies to reduce harmful use of alcohol*) a partir da Resolução WHA 61.4 (61ª World Health Assembly) (WHA, 2008^a). Na Europa, esta iniciativa da OMS sucedia a *Framework for alcohol policy in the WHO European Region* (WHO Regional Office for Europe, 2006). Em 2009, a Região Europeia da OMS (a semelhança de outras regiões da OMS) desenvolvia uma consulta técnica aos Estados-Membros para o desenvolvimento do projeto (WHO Regional Office for Europe, 2009^b).

Ainda em 2009, a Região Europeia da OMS produziu o Relatório "Evidências de efetividade e custo-efetividade das intervenções para reduzir os danos ligados do álcool" - *Evidence for the effectiveness and cost-effectiveness of interventions to reduce alcohol-related harm* (WHO Regional Office for Europe, 2009), confirmando a existência de uma base de evidências científicas em políticas do álcool extensiva e robusta. Publicou também um "Manual de ação para reduzir os danos ligados do álcool" - *Handbook for action to reduce alcohol-related harm* - (WHO Regional Office for Europe, 2009^a), com as políticas públicas do álcool efetivas, fornecendo um instrumento para a implementação das políticas do álcool dirigido aos governos e diversos ministérios responsáveis, entre outros atores sociais.

Em Maio de 2010, a Estratégia Global para Reduzir o Uso Nocivo do Álcool da OMS (*WHO Global Strategy to Reduce the Harmful Use of Alcohol*) foi apresentada na 63ª *World Health Assembly* e aprovada pelos 193 Estados-Membros da OMS através da resolução WHA63.13 (WHA, 2010). A Estratégia Global não ganhou a força legal de uma convenção-quadro, mas representou o compromisso dos Estados-Membros da OMS para com uma ação continuada a todos os níveis. Em setembro de 2011, os 53 membros da Região Europeia da OMS aprovaram o "Plano de Ação Europeu para Reduzir o Uso Nocivo do Álcool 2012-2020" (WHO, 2012), transpondo e dando prioridade a estratégia mundial.

A nível da UE, em 2009, numa avaliação intercalar da "Estratégia comunitária para apoiar os Estados-Membros na redução dos efeitos nocivos do álcool" para 2006-2012, feita pelo Conselho (Council of the European Union, 2009) reforçava o compromisso dos Estados-Membros e da Comissão, incentivava os países a aumentar os seus esforços e encorajava o envolvimento dos diversos atores sociais na área das bebidas alcoólicas a trabalhar de forma pró-ativa na aplicação de medidas regulamentares para que as bebidas alcoólicas sejam produzidas, distribuídas e comercializadas de forma responsável. A proteção da gestação, das crianças, dos adolescentes e jovens era uma das principais preocupações dessas conclusões nesta altura.

Na verdade, o contexto de crise económico-financeira desta altura já apresentava alguma preocupação em relação a continuidade dos investimentos em políticas públicas, nomeadamente de Saúde. Na continuidade da implementação da estratégia europeia, a partir de 2012, procedeu-se a sua avaliação final, onde foram identificadas falhas, cedências e desvios por alguns atores sociais, tendo-se iniciado algumas tentativas infrutíferas de se elaborar uma estratégia para o álcool para os anos seguintes.

Um outro organismo da EU, o Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (OEDT), diante do agudizar da crise económica na Europa no final da década de 2000, identificou a ocorrência em diversos Estados-membros de cortes orçamentais nas estruturas de combate a droga (que são as mesmas que atuam nos PLA em Portugal), avaliando que estes cortes podem gerar custos sociais e económicos maiores.

«O Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (OEDT) avisou hoje que os cortes orçamentais no combate à toxicodependência podem ter custos sociais e económicos ainda maiores no futuro.

No relatório anual do OEDT divulgado hoje em Lisboa, alerta-se para o risco de se tomarem "decisões políticas que obriguem a Europa a ter de suportar, a longo prazo, custos muito superiores às eventuais poupanças obtidas a curto prazo".

Além disso, há o "duplo perigo de as medidas de austeridade causarem cortes na oferta de respostas eficazes numa altura em que a sua necessidade pode estar a aumentar", indica-se no relatório. "É necessário que os governos que estão a ponderar reduzir a despesa no domínio da droga tenham em conta a relação custo-eficácia das medidas existentes", refere o relatório.

É o caso de Portugal, com a saída de 200 trabalhadores precários do Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT) no âmbito das medidas de austeridade na administração pública. (...)

Destak Online, 10-11-2010 - Cortes orçamentais no combate à toxicodependência podem ter custos elevados no futuro.

Análise:

Essas iniciativas definiram um caminho claro e sem retorno na implementação das políticas do álcool pelos países, nomeadamente na Europa, e a sua influência para Portugal foi crucial. O PNRPLA seguia as orientações da "Estratégia comunitária para apoiar os Estados-Membros na redução dos efeitos nocivos do álcool" e foi finalmente aprovado em 2010, na sequência da avaliação intercalar da estratégia europeia em 2009. Coincidentemente, o PNRPLA entrava em vigor na mesma altura em que era aprovada a Estratégia Global para Reduzir o Uso Nocivo do Álcool da OMS, apesar desta não se refletir de imediato par ao reforço de intervenções mais efetivas no âmbito do PNRPLA.

A partir de 2012, a avaliação da estratégia europeia coincidiu com a avaliação do PNRPLA 2010-2012. Apesar do pouco tempo de implementação ocorrido esta avaliação proporcionaria uma reflexão sobre o seu funcionamento e a efetividade das suas intervenções. Todavia, a indefinição europeia na elaboração de uma nova estratégia comunitária para o álcool afetou a forma como Portugal elaboraria um novo plano entre 2012 e 2013.

- **Ambiente Interno: subsídios da política após o período de aprovação do PNRPLA**

1- As imposições socioeconómicas e da governação à administração pública e serviços da saúde

- 1º Período: XVIII Governo Constitucional - PS (26/10/2009 - 21/06/2011)

O Governo implementou a partir de 2006 uma reestruturação da administração pública - Plano de Reestruturação da Administração Central do Estado (PRACE) - com consequências a nível dos serviços de prestação de cuidados de saúde na área da alcoologia. No seio do IDT, que absorveu os serviços de alcoologia e as políticas do álcool, ocorreram reestruturações da orgânica institucional e dos serviços de saúde que já se encontravam implementadas em Maio de 2010 (aprovação do PNRPLA) e continuaram a se desenvolver em termos de atendimento nos anos seguintes. Todavia, medidas mais ambiciosas, como a criação de uma rede alcoológica, que articularia esses serviços com os cuidados de saúde primários e cuidados especializados em áreas correlatas, exigem novas estratégias, investimentos e iniciativas do IDT e demais organismos da Administração de Saúde que não estavam desenvolvidas.

A continuidade das dificuldades financeiras do Estado e da reestruturação da Administração de Saúde que afetava o IDT, com redução dos investimentos, recursos humanos e meios se estendeu ao longo dos anos e nos meses finais de 2010 a carência de recursos já afetava os serviços do IDT ao mesmo tempo em que, devido à crise e ao acréscimo de alcoólicos no sistema, aumentava a procura de cuidados de saúde.

Com as reivindicações dos técnicos e responsáveis por melhores condições e recursos diante da crise existente, volta a agenda uma discussão antiga de integração dos serviços do IDT no SNS. O presidente do IDT reconhece que este pode ser o caminho natural mas rejeita o momento atual com adequado.

«Era uma provocação de alguém que está no terreno e sente não poder dizer o que pensa, mas o presidente do Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT), João Goulão, não reagiu com repulsa. Chegará o momento de extinguir aquela estrutura e de a sua missão ser assumida pelo Serviço Nacional de Saúde. Parece-lhe, porém, prematuro pensar numa solução tão radical. Afinal, os jovens continuam a sentir forte impulso para o álcool.

O instituto responde pela prevenção, pelo tratamento, pela redução de danos e pela reinserção em matéria de drogas e de toxicodependências. "A área que consome a maior parte dos recursos é a do tratamento", refere Goulão. Ora, "o serviço vertical dedicado ao tratamento surgiu da incapacidade do serviço nacional de saúde de enfrentar a epidemia de heroína". (...)

O médico refuta a ideia de estrutura sobredimensionada: "Nunca houve tanta gente em tratamento" por álcool ou drogas ilícitas. Em 2008, o IDT tinha cerca de 38 mil pessoas em tratamento. No ano passado, atendeu 10.200 novos rostos, dois a três mil dos quais por consumo abusivo de bebidas alcoólicas.

"Trabalhamos para que a diminuição do problema [das drogas e das toxicodependências] venha a permitir a integração no Serviço Nacional de Saúde", assegura. "Há de haver um momento em que isso seja possível, mas é cedo. Mais agora que também temos a responsabilidade do álcool. O problema do álcool não está com uma evolução positiva, como o das drogas ilícitas. O consumo abusivo de álcool é um problema em crescimento entre os jovens".»

Jornal Público, 08-11-2010 - Um dia, o IDT será integrado no Serviço Nacional de Saúde. Pg. 4. Escrito por Ana Cristina Pereira

O contexto social de crise, que se gravou ao longo dos anos, ganhou importância acrescida em meados de 2011, após os cortes orçamentais e de investimentos no IDT e

nas políticas do álcool. Nessas circunstâncias, outros acontecimentos obrigaram a uma mobilização de esforços que retirou disponibilidade dos responsáveis para as políticas do álcool durante um período considerável: a introdução no mercado de uma variedade de *smart drugs* e abertura de várias *smart shops* criou a necessidade do Governo as combater e legislar pela proibição das novas drogas e eliminação dos pontos de venda, o que se prolongaria até em meados de 2013²⁶⁰. Acresce a este contexto desfavorável, a demissão do Governo em Março de 2011, diante de uma crise económico-financeira, com a consequente dissolução do Parlamento e convocação de eleições; que limitaram as decisões do governo em todas essas áreas.

«O contexto social português está propício a um aumento do consumo de álcool, afirmou hoje o presidente do Instituto da Drogas e Toxicod dependência, adiantando que as medidas de austeridade obrigaram a dispensar 170 funcionários do instituto nos últimos meses.

“O terreno social está propício a um aumento do consumo de álcool e outras drogas, esta é uma das nossas grandes preocupações”, afirmou João Goulão, comentando as conclusões do relatório do Observatório Europeu da Drogas e da Toxicod dependência sobre o combate à toxicod dependência em Portugal, hoje divulgado.

Se a este quadro propício a um aumento de consumo de álcool e drogas se juntar um desinvestimento em apoios nesta área, como é previsível no decurso das medidas de austeridade e dos cortes orçamentais, o presidente do IDT diz ficar “ainda mais” preocupado.

“Tivemos já cortes orçamentais. Mas o impacto não é dramático, apesar de alguns serviços estarem a ser redimensionados, nomeadamente as consultas que antes estavam espalhadas pelo país e que estamos a concentrar, e de termos de dispensar 170 funcionários”, adiantou.

Outra das grandes preocupações do Instituto da Drogas e Toxicod dependência (IDT) é o aumento do consumo de novas drogas sintéticas, que prolifera em todo o mundo e que também hoje foi destacado num Relatório Mundial sobre as Drogas 2011 do gabinete da ONU para as Drogas e Criminalidade (UNODC) apresentado em Nova Iorque.

“Estamos preocupados mas não podemos dizer que a situação é dramática», disse João Goulão, adiantando o IDT tem conhecimento da existência de pelo menos uma dezena de lojas, conhecidas por smartshops, que vendem este tipo de drogas legais sintéticas.

Quando uma nova substância destas é detetada no mercado nacional, o IDT tem de pedir um estudo sobre a sua perigosidade e, depois de comprovada, levar a nova substância a aprovação no Parlamento para que seja integrada na lista anexa à lei que proíbe o consumo de drogas.

“Estas novas drogas são um fenómeno transversal em todo o espaço europeu, mas a dificuldade em Portugal é que têm de ir à Assembleia da República para serem proibidas”, criticou João Goulão, acrescentando que o Parlamento foi dissolvido na véspera de ter sido apreciada pelos deputados a última proposta de drogas sintéticas.»

*SOL Online, 23-06-2011 - Contexto social é propício ao aumento do consumo de álcool. Online. Escrito por
Lusa / SOL.*

- 2º Período: XVIII Governo Constitucional – PSD/CDS (21/06/2011- 30/10/2015)

O Governo que assumiu funções em Junho de 2011 implementou de imediato uma nova reestruturação da administração pública - Plano de Redução e Melhoria da Administração Central do Estado (PREMAC) - com consequências a nível dos serviços de prestação de cuidados de saúde na área da alcoologia. Neste âmbito, o IDT é extinto e em Janeiro de 2012, a nível central, é criado o Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD)²⁶¹, sendo os serviços administrativos regionais, de respostas

²⁶⁰ Com a publicação do Decreto-lei n.º 54/2013, de 17 de Abril definiu-se o regime jurídico da prevenção e proteção contra a publicidade e o comércio das Novas Substâncias Psicoativas já conhecidas e de outras que venham a surgir no mercado, proibindo a produção, importação, exportação, publicidade, distribuição, venda, detenção, ou disponibilização destas; prevê a possibilidade das autoridades de saúde territorialmente competentes determinarem o encerramento dos estabelecimentos, ou outros locais abertos ao público, ou ainda a suspensão da atividade para os fins considerados de grave risco para a saúde pública. Simultaneamente é publicada a Portaria n.º 154/2013, de 17 de abril, que aprova a lista de Novas Substâncias Psicoativas a que se refere o artigo 3º do Decreto- Lei n.º 54/2013, de 17 de abril, tornando-as ilícitas.

²⁶¹ Decreto-Lei n.º 17/2012 de 26 de janeiro. Publicado no D.R. 1.ª Série, N.º 19, de 26 de Janeiro de 2012, pg. 478-480. Cria o SICAD um serviço central do Ministério da Saúde, integrado na administração direta do Estado, dotado de

e de prestação de cuidados de saúde integrados a nível das ARS. Uma mudança organizacional que já havia sido inúmeras vezes discutida e recentemente ainda se avaliava como prematura diante das necessidades de resposta ao problema.

Esta reestruturação modificou profundamente a forma como os serviços de saúde na alcoologia funcionavam e se articulavam com o SNS e com outros organismos públicos, lançando novos desafios ao desenvolvimento de medidas, intervenções e serviços previstos no PNRPLA 2010-2012. Já na altura do anúncio da medida de reestruturação o presidente do IDT mostrou-se reticente, questionando a continuidade da articulação e da abordagem desenvolvida no tratamento e levantando questões sobre o desinvestimento na área. Posteriormente, as suas críticas chegaram mesmo ao Parlamento.

«O Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT) vai mesmo ser extinto. O seu ex-presidente João Goulão diz estar "preocupado" com o fim do organismo. "Não sabemos se vai ser possível manter o essencial da intervenção", notando que "a situação social atual propicia o agravamento de problemas ligados à toxicodependência e ao alcoolismo."»

O secretário de Estado adjunto da Saúde, Leal da Costa, disse ontem à agência Lusa que o IDT vai ser transformado numa direção-geral, o Serviço de Intervenção dos Comportamentos Aditivos e Dependências, que manterá as competências de planeamento e estratégia de prevenção do atual IDT. Mas tudo o que respeita a prestação de tratamento será integrado nas Administrações Regionais de Saúde (ARS). "Ficarão muito mais próximas das ARS, sob cuja tutela passarão a trabalhar, o que nos vai permitir uma maximização de recursos humanos e não só", explicou. Quanto a despedimentos de funcionários, Leal da Costa apenas disse que é prematuro falar sobre o assunto. "A nossa ideia é congregar o que são os tratamentos todos dentro do mesmo chapéu. Não quer dizer que não haja circunstâncias em que precisamos de manter unidades autónomas de tratamento específico para problemas ligados ao álcool e aos toxicodependentes", referiu.

Goulão diz não saber "como vai ser operacionalizada a decisão", mas alerta para o risco "de diluição" da área, julgando ser necessário manter uma coordenação nacional. Goulão diz que o mais importante é não comprometer um modelo de respostas integrado, nomeadamente a questão da redução de dados, "para continuarmos a ter uma evolução positiva", notando que "a maior parte dos recursos são consumidos no tratamento e essa é a área mais importante a manter".»

Jornal Público, 20-10-2011 - Passagem do IDT a direção-geral preocupa Goulão. Pg. 10. Escrito por Catarina Gomes

«O presidente do Instituto da Droga alertou hoje para os perigos de um desinvestimento nos tratamentos de toxicodependentes e alcoólicos numa altura em que a atual crise económico-financeira pode aumentar os consumos e o tráfico de estupefacientes.

Em declarações aos jornalistas à margem da apresentação de novos dados sobre a toxicodependência em Portugal (na Assembleia da República), o presidente do Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT) admitiu que não apoiaria a decisão de passar o tratamento e prestação de cuidados a toxicodependentes e alcoólicos para as Administrações Regionais de Saúde (ARS) e alertou que um possível desinvestimento pode ser "perigoso".

Na quarta-feira, o secretário de Estado Adjunto da Saúde, Leal da Costa, anunciou que o IDT será extinto e transformado numa direção-geral -- Serviço de Intervenção dos Comportamento Aditivos e Dependências (SICAD).

Expresso OnLine, 21-10-2011 - Toxicodependência: IDT alerta para riscos de desinvestimento nos tratamentos em tempos de crise. Online. Escrito por LUSA.

«João Goulão (Presidente do IDT) (...)

"De certa forma fomos surpreendidos com esta decisão de colocar as respostas na dependência das ARS. Essa foi a grande surpresa, porque alargar o âmbito da intervenção do atual IDT para o SICAD, para outros comportamentos aditivos e dependências, era alguma coisa que estava nos nossos planos para o futuro, por isso não foi uma grande surpresa. Neste momento, o SICAD na minha perceção quanto ao que será o seu funcionamento é um organismo técnico-normativo que produzirá diretivas, guidelines, etc.. Mas quem é que

autonomia administrativa. O SICAD é uma Direção Geral que engloba os anteriores Serviços Centrais do agora extinto IDT, I.P. (Instituto da Droga e da Toxicodependência, IP) e também as Comissões de Dissuasão da Toxicodependência. Mais detalhes consultar: <http://www.sicad.pt>

executa? Quem é que nas ARS se ocupará de jogadores compulsivos ou de pessoas dependentes das compras, da internet, ou seja do que for, para já não falar dos atuais utilizadores de drogas ilícitas ou utilizadores abusivos de álcool? Portanto, a nossa maior dificuldade é entender como é que na prática se vai dar continuidade a um trabalho de muitos anos que tem tido uma evolução globalmente positiva.” (...)

“Não sei dizer o que pode acontecer, não sei se as ARS estarão em condições de pegar nesses programas e dar-lhes continuidade. Mas desde logo, por serem programas geridos a nível central, a nível nacional, pulverizá-los nas cinco ARS, que são institutos públicos autónomos uns dos outros vai ser complicado, se não houver uma qualquer coordenação central.” (...)

“A única forma possível que consideraria contra o impacto excessivo seria pegar nas unidades do IDT tal como elas existem hoje e colocá-las na íntegra dentro das ARS, mantendo a sua autonomia, dependendo organicamente das ARS mas sem que fossem desmanteladas. Porque se pensarmos na pulverização de uma equipa de um CRI e pensarmos em distribuí os profissionais por centros de saúde, que depois nas horas vagas atendem toxicodependentes... Obviamente que existirá a tentação de mobilizar esta mão-de-obra de profissionais de saúde, até porque o Serviço Nacional de Saúde está carente desses profissionais.” (...)

Revista Dependências, Nov.-Dez./2011 - Baralha, parte e sai o mesmo: IDT apresenta Relatório Anual 2010 na Assembleia da República. Pg. 4-8.

Por outro lado, nos últimos meses de funcionamento do IDT, no final do ano de 2011, as dificuldades orçamentais eram extremas devido a crise económico-financeira com que se deparava o Estado. Os cortes impostos a Administração Pública e ao IDT e os atrasos no repasse de verbas para fazer face aos compromissos assumidos e ao funcionamento dos serviços de saúde criaram uma situação de quase rutura.

«O presidente do Instituto da Droga e da Toxicodependência diz que a falta de verbas está a tornar-se insustentável e que não sabe se até final do ano conseguirá satisfazer todos os ordenados. No terreno, assiste-se a um "recrudescimento de consumos mais ligados à marginalidade e à exclusão".

Entrevista João Goulão, presidente do Instituto da Droga e da Toxicodependência (...)

O presidente do Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT), João Goulão, diz que a situação de falta de verbas se está a tornar insustentável. O organismo perderá em breve autonomia e será transformado numa direção-geral, o Serviço de Intervenção dos Comportamentos Aditivos e Dependências. O médico avisa: se a ideia é transferir os profissionais de saúde da área para os centros de saúde, há que contar com conflitos na sala de espera.

- O Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT) não paga às comunidades terapêuticas desde Agosto. Deixaram de enviar pessoas para tratamento?

- Temos continuado a enviar pessoas, quando há indicação clara para internamento, mas tivemos que apertar os critérios de seleção. Neste momento há a tentação de internar casos sociais, o que temos feito é ter algum filtro acrescido nestes casos. (...)

- As comunidades têm aceite receber doentes, apesar de não lhes pagarem?

- Com grande espírito de sacrifício. Há entidades com profissionais que não recebem no terreno há vários meses, médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, monitores. É um dominó, começa a haver técnicos que vão saindo destas entidades, que deixam de ter capacidade de fazer o acompanhamento de doentes, doentes que vão para a rua.

- E as equipas de rua. Têm sido pagas?

- Tudo o que eram programas contratados com o IDT estava previsto ser pago com verbas dos jogos sociais e estas não têm chegado. Algumas equipas de rua também têm tranches a receber.

- O que vos tem sido dito do Ministério da Saúde?

- Que há dificuldades de tesouraria. Não é por falta de insistência da nossa parte. Fizemos várias exposições, o que nos é dito é que estão à procura de soluções, as verbas dos jogos sociais estão a ser canalizadas para outros programas, como os cuidados continuados, e diz-se que há decréscimo de receitas, que as pessoas estão a jogar menos, no Euromilhões, por exemplo. Era suposto termos recebido 6,5 milhões de euros em Agosto, recebemos 3,15 milhões de euros no final de Setembro, em Outubro era suposto terem entrado 5 milhões e não vieram.

- Como é que isso está a afetar o vosso dia-a-dia?

- Nunca tivemos derrapagens com os fornecedores, agora temos, ao nível do material de escritório, de informática, os ordenados ainda não, mas não lhe sei dizer se até ao final do ano conseguiremos satisfazer

todos os ordenados da casa. (...)»

Jornal Público, 19-11-2011 - João Goulão não sabe se consegue pagar ordenados. Pg. 1 e 12. Escrito por Catarina Gomes

Apesar de todas as polémicas e desacordos sobre a estrutura organizacional e a falta de recursos financeiros e meios, o Presidente do IDT demonstrou disponibilidade para continuar a conduzir as políticas na área do álcool e das drogas, inclusive durante a apresentação do trabalho do IDT no Parlamento, no final de 2011. Em Abril de 2012 o MS confirmava a nomeação de João Goulão e sua equipa para a direção do SICAD²⁶².

«(...) “Já sabe qual vai ser o seu papel no futuro desta estrutura?”

João Goulão – Não faço ideia.

E está disponível para continuar?

João Goulão – Estou disponível se for possível manter o essencial da intervenção, nomeadamente, se for possível ter algum papel no SICAD, assumindo que o SICAD também pode ter alguma ligação às regiões e de alguma forma orientar o funcionamento das unidades no terreno, porque definir políticas para a estratosfera não faz grande sentido. Tem que chegar ao terreno, em termos de orientações e de acompanhamento e de monitorização. O que trouxemos à Assembleia da República responde a um intensíssimo trabalho também de monitorização, trabalho de execução, de tarefas no terreno, mas também da sua monitorização, e compilação de dados. Portanto, isso são tarefas que, se se mantiverem e se for possível dar-lhes continuidade, continuarão a contar comigo. (...)»

Revista Dependências, Nov.-Dez./2011 - Baralha, parte e sai o mesmo: IDT apresenta Relatório Anual 2010 na Assembleia da República. Pg. 4-8.

A situação de crise orçamental e cortes, bem como limitações à contratação de serviços e profissionais perdurou durante o ano de 2012 em que a migração dos serviços descentralizados do IDT para as ARSs ocorreu, e mesmo depois disso com os serviços já integrados, existindo inúmeras situações em que os cortes orçamentais que deixaram os serviços das ARS sem verbas para manter contratado profissionais de saúde ou continuar a financiar programas comunitários de prevenção e redução de danos. Com o tempo as ARS começaram a gerir os recursos e atividades dos serviços e da prestação de cuidados de saúde e a articulação com o SICAD se tornou mais ténue.

Análise:

A partir de 2010, as reestruturações administrativas, limitações de contratação e cortes orçamentais contínuos ocorridos no Ministério da Saúde afetaram o desenvolvimento das políticas do álcool em geral e mais especificamente das áreas tradicionais da gestão e coordenação dos serviços e da prestação de cuidados e programas de saúde, situação que se extremou nos anos seguintes. Os resultados pretendidos pela implementação do PNRPLA dependem da efetividade das intervenções e medidas e neste contexto não se pode estabelecer que foi possível alcançar os objetivos definidos a partir da carência de prestação de serviços oferecida.

5.1.2. Arena dos Atores Sociais

- **Sistema Político: subsídios do Governo, da Administração Pública e dos Partidos Políticos após o período de aprovação do PNRPLA**

1. A Coordenação Nacional para os Problemas da Droga, das Toxicodependências e do Uso Nocivo do Alcool em Portugal

- 1º Período: XVIII Governo Constitucional - PS (26/10/2009 - 21/06/2011)

Em Abril de 2010 (Decreto-Lei n.º 40/2010, de 28 de Abril) foi recriada a Coordenação Nacional para os Problemas da Droga, das Toxicodependências e do Uso Nocivo do

²⁶² Tvi24.iol.pt, 04-04-2012 - Droga: João Goulão vai presidir ao SICAD. Online.

Álcool, que passou a abranger os PLA no seu seio. Na sua primeira reunião em Maio do mesmo ano este órgão aprovou o PNRPLA 2010-2012. Cabe aos seus órgãos²⁶³ proporcionar a coordenação, articulação, implementação e acompanhamento do plano em todas as áreas do Governo, promovendo a colaboração da Sociedade Civil.

- 2º Período: XVIII Governo Constitucional – PSD/CDS (21/06/2011- 30/10/2015)

Durante este período ocorreram mudanças institucionais no IDT, que transferiram atribuições a um novo organismo – SICAD. Esta mudança não afetou o funcionamento da Coordenação, que permaneceu sob a alçada do Coordenador Nacional, por inerência o presidente no novo organismo substituto do IDT.

Análise:

Um ponto forte deste período foi que, apesar das mudanças políticas e institucionais ocorridas, os responsáveis pelas políticas do álcool e pelas instituições permaneceram os mesmos, garantindo uma continuidade da intervenção promovida.

Durante esse período, ocorreu a valorização e fortalecimento dos órgãos da Coordenação Nacional e a sua ligação com as demais áreas administrativas e políticas do Governo e da sociedade civil. O envolvimento desses vários atores sociais promoveu não só o trabalho necessário de gerir as influências presentes como de dar sustentabilidade às políticas públicas.

Infelizmente, não se conhece pormenores das intervenções produzidas no seio da Coordenação e dos seus órgãos, que se reúnem pelo menos com uma frequência anual, mas não produz uma informação pública, nomeadamente no que diz respeito ao Conselho Interministerial e as suas resoluções executivas das políticas públicas. Todavia, muitas das políticas públicas que envolviam ministérios diversos usufruíram desse organismo para discutir e desenvolver as suas formas de concretização e implementação em colaboração mútua, como foi o caso da legislação sobre disponibilização e venda de bebidas alcoólicas e sua fiscalização, da alteração ao Código da Estrada, com a redução da TAS para condutores recém-encartados e profissionais ou da definição de linhas de orientação para intervenções no âmbito do uso de álcool e drogas em meio laboral.

Um exemplo do seu trabalho surgiu com a aprovação da legislação sobre disponibilização e venda de bebidas alcoólicas que foi avaliada no seio da Comissão Interministerial pela “Subcomissão para a Regulação e Fiscalização da Oferta de Substâncias Lícitas”, composta por inúmeros organismos de diversos ministérios, que avaliou o anterior decreto-lei para apresentar uma nova proposta de legislação ao Governo²⁶⁴.

Infelizmente, a captura de algumas decisões pelo governo e seu poder político adiou e alterou muitas propostas originadas nos serviços responsáveis e na Coordenação Nacional, sem razões técnicas, demonstrando que, por vezes, nem estas estruturas, nem as políticas eram respeitadas e seguidas, como seria esperado.

2. O Fórum Nacional Álcool e Saúde (FNAS)

- 1º Período: XVIII Governo Constitucional - PS (26/10/2009 - 21/06/2011)

Em 2009 foi feita a primeira reunião do FNAS onde foi discutida a sua composição e funcionamento. Após a aprovação do PNRPLA 2010-2012, o FNAS foi institucionalizado, assumindo seus membros fundadores um compromisso no âmbito das políticas do álcool de acordo com os objetivos do PNRPLA durante a sua primeira reunião oficial (27-10-

²⁶³ Coordenador Nacional, Conselho Interministerial e Conselho Nacional.

²⁶⁴ *Revista Dependências*, Mar./2013 – “Fórum Nacional Álcool e Saúde e as alterações legislativas: Governo diz sim, setor diz não”. Pg. 4-11.

2010). As expectativas e visões dos responsáveis do Governo e do IDT sobre a importância e utilidade do FNAS eram expressas durante a primeira reunião oficial.

«O FNAS faz parte integrante do Plano Nacional para a Redução dos Problemas Ligados ao Álcool – aprovado em Maio de 2010 em Conselho Interministerial – e encontra-se sob supervisão direta do coordenador nacional para os problemas da droga, das toxicodependências e do uso nocivo do álcool (que é também, por inerência, o presidente do Instituto da Droga e da Toxicodependência – IDT). (...)»

Para o presidente do IDT é necessário salientar o sucesso já alcançado com o FNAS e a mobilização que esta plataforma conseguiu gerar nos diversos sectores da sociedade portuguesa, facto atestado pelo elevado número de entidades que subscreveram a carta de compromisso. “Trata-se de uma dinâmica impressionante, capaz de exceder mesmo as nossas melhores expectativas”, declara João Goulão. (...)»

O vogal do conselho diretivo do IDT, Manuel Cardoso, avaliou a assinatura da carta de compromisso como “um momento histórico, a primeira vez que a sociedade civil e a administração pública se juntam, para conjugar esforços na área do álcool”. O mesmo responsável lançou um desafio aos parceiros do FNAS, “para que Portugal, daqui a uma década, seja reconhecido internacionalmente como um exemplo de sucesso a seguir, no combate ao consumo excessivo de álcool”. (...)»

Para Manuel Pizarro, o FNAS é, por excelência, “o local ideal para ouvir todos os intervenientes” no combate ao uso imoderado do álcool, num contexto em que é preciso deitar a mão a algum “pragmatismo, uma vez que não é possível resolver todos os problemas de uma só vez”. Assim, o secretário de Estado Adjunto e da Saúde entende que o mais urgente “é definir objetivos concretos e alcançáveis”, dentro dos parâmetros de atuação elencados no Plano Nacional para os Problemas da Droga, das Toxicodependências e do Uso Nocivo do Álcool.»

JMfamília.com, 17-12-2010 - APMCG junta-se a esforço concertado e assina carta de compromisso. On line. Escrito por Tiago Reis

Para desenvolver o acompanhamento das atividades do fórum e dar resposta as solicitações do dia-a-dia do plano, foi criada uma comissão executiva que se reunia com maior frequência. As reuniões do FNAS ocorreram numa base anual desde 2010 e o Fórum permaneceu ativo mesmo depois de findo o período de vigência do PNRPLA 2001-2012.

«Dezenas de entidades públicas e privadas comprometem-se a reduzir o consumo excessivo de álcool, sobretudo, entre os jovens. A iniciativa é do Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT) e é assinada, entre outras, pela ASAE (Autoridade de Segurança Alimentar e Económica), a Direcção-Geral de Saúde e os produtores de bebidas alcoólicas.

Entre os objetivos estão a diminuição das mortes na estrada associadas ao consumo excessivo do álcool e a redução do número de jovens que bebem mais de seis bebidas numa noite.

“O caminho é reduzir a embriaguez abaixo dos 18 anos” - IDT

“Temos a noção de que é muito difícil, mas o que aqui é importante é o caminho que queremos que seja percorrido e o caminho é atingir valores muitíssimo mais baixos, quando estamos a falar, por exemplo, de embriaguez abaixo dos 18 anos”, afirma Manuel Cardoso, da direcção do IDT.

As metas para 2012 são apresentadas esta terça-feira em Loures.

Ao contar com a colaboração de várias entidades, o IDT assume que o problema é grande demais para uma só instituição. Mas o caminho está em marcha e o Instituto da Droga e Toxicodependência tem pronta a rede de referência para os doentes de alcoologia. Aguarda apenas a aprovação da tutela do guia que permite traçar o percurso de quem precisa de ser tratado.

IDT tem pronta uma rede de referência para alcoólicos

“O normal será a primeira referência dos cuidados primários serem as estruturas do IDT. Depois, as unidades de alcoologia e, nós próprios, se tivermos dificuldades, nomeadamente, na área da patologia física, podemos enviar para outras especialidades da medicina hospitalar ou mesmo para a saúde mental. É uma rede e as coisas hão de funcionar em todos os sentidos”, explica Manuel Cardoso.

Noutros tempos, uma das estratégias era lançar campanhas de informação à escala nacional, mas o responsável do IDT diz que, nesta altura, não deverá haver dinheiro para tanto.

“Não haverá dinheiro para lançar todas as campanhas” desejáveis

“Era uma aposta, pelo menos, naquelas três mensagens fortes: “se tem menos de 18 anos não beba”, “se está grávida não beba” e “se conduzir não beba”. Mas temos muitas dúvidas de que haja recursos

financeiros para avançar por aí”, afirma. Fica, assim, a campanha possível.»

Rádio Renascença Online, 30-11-2010 - Entidades juntam-se para travar consumo excessivo de álcool. On line.

Os primeiros resultados práticos da criação do FNAS e dos compromissos assumidos pelos membros ocorreram de imediato, contribuindo para o desenvolvimento do próprio plano através das suas iniciativas e da colaboração prestada para com as ações pré-definidas. O FNAS iniciou a sua atividade oficialmente em Março de 2011 com a participação de 56 membros e a assinatura de 37 compromissos. No final do ciclo promovido pelo PNRPLA 2010-2012 registou 47 compromissos submetidos pelas entidades presentes e aprovados que se abrangeram 84 objetivos do PNRPLA²⁶⁵.

A atividade do FNAS ampliou o impacto da implementação do PNRPLA 2010-2012 na sociedade. Entretanto, as posições, participações e atividades dos organismos da própria Administração Pública e a capacidade de atrair e tornar pública a colaboração os representantes da Indústria do Alcool foram mais valorizadas do que a presença e posições das ONGs que representam a Sociedade Civil e a Saúde Pública. O discurso do Presidente do IDT durante um evento na AR no início de 2011 refletiam essa perspetiva:

«(...) João Goulão alertou que “ainda assistimos a alguma complacência por parte das famílias” e que “as iniciativas de produtores e distribuidores, como as apresentadas aqui, hoje, são igualmente importantes”. A propósito, João Goulão abordou a “controvérsia gerada em torno de algumas medidas, de que constitui exemplo o 100% Cool, que é sujeito a críticas por, supostamente, favorecer o consumo abusivo de álcool por parte dos não condutores”, preferindo evidenciar o que é, por si só... evidente: “os efeitos positivos são enormes”. Ora, que melhor exemplo do que o citado para demonstrar o pragmatismo e a agilidade ao nível da decisão política e estratégica, inerentes à criação de um Fórum Nacional Alcool e Saúde, com as competências que encerra. É que, se como referiu João Goulão, um programa cuja eficácia tem vindo a ser evidenciada como o 100% Cool teria provavelmente, apesar da bondade e face ao exposto, algumas dificuldades de ter o cunho de aprovação ao nível ministerial, já no seio do Fórum é bem mais fácil promover a sua execução...

Por fim, João Goulão manifestou uma “enorme expectativa no êxito da congregação de esforços destas, para já 57 instituições que constituem o Fórum”.(...)

Dependências, Março de 2011 - Os jovens, o álcool e segurança rodoviária na agenda das preocupações da Assembleia da República. Pg. 4-8.

- 2º Período: XVIII Governo Constitucional – PSD/CDS (21/06/2011- 30/10/2015)

Em 2012, o FNAS na sua reunião anual (10-04-2012), além de discutir e ampliar os compromissos e atividades desenvolvidos pelos seus membros, discutiu a alteração do Decreto-Lei n.º 9/2002, de 24 de Janeiro, sobre disponibilização e venda de bebidas alcoólicas, que viria a resultar na Nova Lei do Alcool aprovada em 2013. Desde essa altura se considerou imprescindível a definição da idade limite dos 18 anos para a venda e consumo de bebidas alcoólicas, apesar da resistência de alguns representantes da Indústria do Alcool, nomeadamente do setor da cerveja e do vinho.

Em 2013, o FNAS discutiu na sua reunião anual (04-04-2013), para além da avaliação do PNRPLA, a nova Lei do Alcool aprovada em Conselho de Ministros. Foi assumida uma tomada de posição contra definição da idade limite de 16 anos para a venda de bebidas alcoólicas (cerveja e vinho) a menores, dispare da posição consensual assumida no FNAS anteriormente. Essa tomada de posição recebeu o apoio do Presidente do SICAD e Coordenador Nacional, João Goulão, ficando os elementos da Indústria do Alcool (exceto a ANEBE) a margem dessa decisão. A repercussão na comunicação social deixou claro que o FNAS não apoiava nem aceitava a atitude do Governo, esperando que esta fosse alterada num futuro próximo. O Secretário de Estado Adjunto da Saúde defendeu que mudanças poderiam ser introduzidas no futuro e estavam previstas no

²⁶⁵ Documentos produzidos, recolha de informação e notas de campo de observação participante junto do IDT/SICAD e do FNAS.

diploma e que a decisão tomada levou em conta não apenas o consenso dos atores sociais, mas o consenso dos decisores do Governo., que prevaleceu ao da Sociedade ali representada. Foi um acontecimento que não fortaleceu o FNAS e o seu trabalho.

«O Fórum Nacional Álcool e Saúde, presidido por João Goulão, contestou hoje a decisão do Governo de permitir o consumo de algumas bebidas alcoólicas a jovens a partir dos 16 anos, classificando-a como uma medida sem bom senso.

Em fevereiro, o Conselho de Ministros aprovou um decreto-lei que aumenta a idade mínima da venda e consumo de bebidas espirituosas para 18 anos, mantendo-a nos 16 anos nos casos do vinho e da cerveja.

"Fomos surpreendidos com esta diferenciação, que nem a evidência científica nem o bom senso conseguem justificar", refere o documento hoje aprovado pelo Fórum, que teve a concordância do presidente do Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências e do representante da Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária.

Os elementos do Fórum defendiam que a legislação devia proibir o consumo e venda de qualquer bebida alcoólica a menores de 18 anos, independentemente do tipo de bebida, como chegou a ser defendido pelo secretário de Estado da Saúde.

"Acompanharemos o Governo na tentativa de implementação da lei aprovada. Quanto ao processo e à relativa surpresa que constitui a versão aprovada em Conselho de Ministros acompanhamos a posição tomada pelo Fórum", afirmou aos jornalistas João Goulão, que preside ao Fórum e também ao organismo que deu origem ao ex-Instituto da Droga e da Toxicodependência.

Segundo João Goulão, a legislação aprovada não foi "tão longe" quanto poderia e quanto a "evidência recomendaria".

Na sua intervenção na reunião, Carlos Lopes, representante da Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária, deu também o seu apoio ao documento que contesta a decisão do Governo, apesar de ter lembrado o dever de obediência dos organismos que pertencem à administração pública.

Perigo do álcool é igual em qualquer bebida

O Fórum Nacional Álcool e Saúde afirma que os estudos são unânimes ao afirmar que o consumo de álcool envolve o consumo de qualquer bebida: cerveja, vinho ou bebidas espirituosas.»

Saude Sapó, 04-04-2013 - Fórum Nacional do Álcool crítica nova lei por falta de "bom senso". Online.

«Fórum Nacional do Álcool contesta nova lei por falta de "bom senso"

O Fórum Nacional Álcool e Saúde, presidido por João Goulão, contestou esta sexta-feira a decisão do Governo de permitir o consumo de algumas bebidas alcoólicas a jovens a partir dos 16 anos, classificando-a como uma medida sem bom senso, avança a agência Lusa.

Em Fevereiro, o Conselho de Ministros aprovou um decreto-lei que aumenta a idade mínima da venda e consumo de bebidas espirituosas para 18 anos, mantendo-a nos 16 anos nos casos do vinho e da cerveja.

"Fomos surpreendidos com esta diferenciação, que nem a evidência científica nem o bom senso conseguem justificar", refere o documento esta sexta-feira aprovado pelo Fórum, que teve a concordância do presidente do Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências (SICAD) e do representante da Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária.

Os elementos do Fórum defendiam que a legislação devia proibir o consumo e venda de qualquer bebida alcoólica a menores de 18 anos, independentemente do tipo de bebida, como chegou a ser defendido pelo próprio secretário de Estado da Saúde.

Na reunião do Fórum, que esta sexta-feira decorreu em Loures, o único elemento que se manifestou contra o documento, aprovado por maioria, foi o representante da Associação de Produtores de Cerveja, Francisco Gírio.

"Acompanharemos o Governo na tentativa de implementação da lei aprovada. Quanto ao processo e à relativa surpresa que constitui a versão aprovada em Conselho de Ministros acompanhamos a posição tomada pelo Fórum", afirmou aos jornalistas João Goulão, que preside ao Fórum e também ao organismo que deu origem ao ex-Instituto da Droga e da Toxicodependência.

Segundo João Goulão, a legislação aprovada não foi "tão longe" quanto poderia e quanto a "evidência recomendaria".

Na sua intervenção na reunião, Carlos Lopes, representante da Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária, deu também o seu apoio ao documento que contesta a decisão do Governo, apesar de ter lembrado o dever de obediência dos organismos que pertencem à administração pública.

No documento esta sexta-feira aprovado, o Fórum Nacional Álcool e Saúde, criado em 2008 e integrado por diversas organizações governamentais, afirma que os estudos são unânimes ao afirmar que o consumo de álcool envolve o consumo de qualquer bebida: cerveja, vinho ou bebidas espirituosas.

"O consumo de álcool (de qualquer tipo de bebida alcoólica) por menores de idade deve ser sempre considerado 'consumo nocivo'", lê-se.

Por isso, os membros do Fórum expressam o seu "desacordo" e "distanciamento" em relação a esta medida do Governo, que tentam fundamentar em 10 pontos.

Num desses argumentos, alegam que esta distinção entre bebidas pode dificultar a fiscalização, nomeadamente porque poderá não ser possível identificar no local qual o tipo de bebida que está a ser consumida.

"Terá que recolher prova, mandar analisar a prova e voltar ao local para atuar?"; questionam os especialistas.

O secretário de Estado da Saúde, Leal da Costa, esteve presente no início da reunião deste Fórum e respondeu a algumas das críticas pedindo paciência.

"Temos de ser tanto mais exigentes quanto pacientes. Exigência e paciência têm de estar ligadas", afirmou, recordando que a lei do álcool, que ainda aguarda publicação, prevê, no próprio diploma, uma eventual revisão em janeiro de 2015.

Em declarações aos jornalistas, Leal da Costa defendeu a diferenciação por idades e bebidas introduzidas na lei, com estudos que "demonstram que o risco maior de consumo excessivo entre os 16 e os 18 anos se prende com o consumo de bebidas espirituosas".

Para o governante, esta lei traduz o "consenso possível e desejável" e dá passos "únicos e muito significativos", recusando a ideia de que o Governo tenha cedido a qualquer lóbi.»

Rcmpharma.com, 05-04-2013 - Fórum Nacional do Álcool contesta nova lei por falta de "bom senso". Online.
Escrito por LUSA.

«Questionado pelos jornalistas, Leal da Costa rejeitou um recuo face intenções expressas inicialmente por força de lóbis como o da indústria cervejeira - que tem como um dos líderes António Pires de Lima, dirigente do CDS-PP que desde o Verão se manifestou contra a subida da idade mínima para os 18 anos. "Lóbis? De forma nenhuma", garantiu, admitindo que esta passou a ser para si "a melhor lei possível" pois é a lei do governo.

O médico reconheceu o "bom senso extremo" do fórum e repetiu várias vezes que a lei é suscetível de melhorias e por isso será expresso no diploma que o SICAD deve apresentar até Janeiro de 2015 uma avaliação, que poderá levar à revisão. Desejou ao fórum que mantenha a exigência, alertando que isso implica também ter "paciência." Reconheceu que não tendo o regime reunido o consenso global de quem está no terreno, teve outro central em democracia: "esta lei é a que reúne ao nível dos decisores o maior consenso possível", disse.»

Jornal I, 05-04-2013 - Álcool. Especialistas não percebem critérios da nova lei. Pg. 1, 16, 17, 18 e 19. Escrito por Marta F. Reis

Análise:

O FNAS serviu como uma entidade da sociedade civil organizada que promoveu uma aplicação prática do PNRPLA durante a sua vigência, colaborando com as entidades governamentais. No decorrer do seu funcionamento não ocorreram posições extremadas entre as partes envolvidas, apesar das diferenças entre os representantes da Indústria e das ONGs e especialistas, nem pressões consistentes para que se desenvolvessem políticas do álcool específicas, apesar dos debates gerados no seu seio. O empenho em envolver e valorizar da participação colaborativa da Indústria do Álcool no FNAS foi aparentemente uma estratégia do Governo e do IDT para criar condições de negociar as tomadas de decisão sobre as políticas públicas, sob o manto de um fórum da sociedade.

Um aspeto que resultou do envolvimento da Indústria do Álcool no FNAS foi a melhoria da sua imagem pública perante os demais atores sociais e a sociedade, uns dos objetivos já instituídos internacionalmente da própria Indústria do Álcool. A recolha de opiniões junto de alguns atores sociais em entrevista durante um evento na AR espelha essa realidade:

(...) Jorge Fão, Presidente da Subcomissão Parlamentar de Segurança Rodoviária

O modelo adotado em Portugal para a intervenção em alcoologia, que passa, entre outros pilares, pela constituição de um Fórum Nacional com uma significativa dispersão mas também abrangência de sectores representados, parece-lhe o mais indicado?

JF – Pois... Eu acho que isso vem exatamente na linha do que estava a referir. A consciência é cada vez mais sólida no sentido de dizer que estes desafios não são de nenhuma instituição em concreto, de nenhum ministério ou governo mas, efetivamente, da sociedade. É um desígnio nacional e, como tal, tem que ser trabalhado com grande convergência de energias e, particularmente, com um envolvimento e uma assunção de responsabilidade social de muitos parceiros. Mais uma vez, deixe-me sublinhar: quando os sectores de produção e de comercialização de bebidas alcoólicas estão aqui também a dar a cara e a assumir a responsabilidade social, estamos no espírito do fórum, da parceria e da partilha, o que é fundamental.

(...) José Manuel Trigo, Prevenção Rodoviária Portuguesa

Que avaliação faz do instrumento Fórum Álcool e Saúde?

JMT – Parece-me um excelente instrumento visto que junta à volta da mesma mesa e da mesma ideia um conjunto muito alargado de atividades, que pode desenvolver políticas de uma forma muito transversal, o que é absolutamente fundamental. Tenho sinceras esperanças! Agora, não chega criar o Fórum e fazer umas reuniões... É preciso aplicar e dar meios para que possam ser aplicadas as ideias, decisões e projetos que sejam desenvolvidos no âmbito do Fórum.

Agrada-lhe o facto de ter aqui a participar produtores e distribuidores de bebidas alcoólicas?

JMT – Acho que é importante. A partir de contactos que tenho tido com representantes dessas áreas, verifico que estão francamente interessados em promover o consumo moderado e reduzir os abusos, até porque, se pensarmos bem, é-lhes favorável para o negócio...

Revista Dependências, Mar/2011 - Os jovens, o álcool e segurança rodoviária na agenda das preocupações da Assembleia da República. Pg. 4-8.

A exceção a um consenso e a uma maior passividade das entidades do FNAS ocorreu após a mudança de governo e a alteração do organismo responsável pelas políticas do álcool do IDT para o SICAD. As circunstâncias criadas levaram a uma mudança da estratégia na implementação das políticas do álcool que despertou diferenças que estavam acomodadas politicamente. O papel do FNAS nesta discussão e na tomada de decisão foi adequado, mas a sua imagem e força demonstraram fragilidade diante da solução final legislativa do Governo, diversa da posição do FNAS²⁶⁶.

Analisando o papel global do FNAS, que procurava refletir em Portugal o fórum europeu na prossecução das políticas do álcool, pode-se dizer que este não desempenhou na plenitude o seu papel dinamizador independente no debate das melhores políticas públicas e na implementação das medidas. Originalmente, o papel dos atores sociais da Indústria do Álcool e da Sociedade Civil (ONGs, profissionais de Saúde e comunidade científica) seria mais ativo e importante, enquanto o papel do governo e administração pública seria de observador. Todavia, este fórum foi em parte instrumentalizado pelo IDT e Governo, que geriram a agenda e as atividades do FNAS, bem como as suas mensagens na comunicação social.

3. Medidas Regulamentares e Normativas Necessárias a Execução do PNRPLA

- 1º Período: XVIII Governo Constitucional - PS (26/10/2009 - 21/06/2011)

A reestruturação da administração pública em 2006 (PRACE) havia alterado as estruturas dos serviços de alcoologia, inserindo-os no IDT, que por sua vez veio a sofrer uma reorganização nos anos que se seguiram. Assim, a nível dos serviços de prestação de cuidados de saúde na área da alcoologia muitas mudanças ainda estavam em andamento em 2010, nomeadamente na ampliação do atendimento especializado a alcoólicos. Essas mudanças se refletiam numa das áreas do PNRPLA 22010-2012.

²⁶⁶ Documentos produzidos, recolha de informação e notas de campo de observação participante junto do IDT/SICAD e do FNAS.

Em 2010, a criação da Coordenação Nacional para os Problemas da Droga, das Toxicodependências e do Uso Nocivo do Alcool, a nível formal, e do Fórum Nacional Alcool e Saúde, a nível informal, dois importantes pilares de implementação do PNRPLA, facilitou a articulação necessária entre os diversos atores sociais e organismos interministeriais, refletindo-se em dois pilares onde assentava o PNRPLA 201-2012.

A nível da regulamentação das políticas públicas, na aprovação do PNRPLA em 2010, o Governo definiu a partida as medidas que não avançariam apesar de estarem inscritas no plano. A suspensão de determinadas políticas públicas específicas diziam respeito a medidas efetivas de regulação, que incluem legislação sobre disponibilidade e acesso a bebidas alcoólicas, venda e consumo por menores de 18 anos, redução das taxas de alcoolemia na condução e restrições à publicidade. Essa ação impediu a implementação e o desenvolvimento de um conjunto considerável de medidas do plano, afetando a possibilidade deste produzir resultados.

A primeira alteração a legislação, da idade limite para a compra de bebidas alcoólicas, de 16 para 18 anos, acompanhada de uma maior responsabilização dos agentes comerciais, foi a mais discutida anteriormente a aprovação do plano e a que foi textualmente descartada em prol de uma maior fiscalização da legislação em vigor.

A segunda alteração mais discutida foi a redução da TAS para os recém-encartados e alguns condutores profissionais, também descartada logo a partida. A autoridade de segurança rodoviária já havia referido anteriormente, durante o período de discussão pública do plano, que apresentaria na altura devidas proposta que fossem adequadas.

A terceira alteração discutida no momento da aprovação do PNRPLA relacionava-se às restrições na publicidade, que apesar de gerar opiniões dos governantes favoráveis a uma certa regulação em situações específicas, foram substituídas pela autorregulação.

Por fim, o Governo não adotaria nenhuma política de preços e taxas para regular a venda e o consumo de álcool, apostando que estes assuntos seriam tratados em conjunto com a Indústria do Alcool e a autorregulação.

«O plano (Plano Nacional para a Redução dos Problemas do Alcool), que entra em vigor com vários meses de atraso, pretende reduzir os consumos de álcool em Portugal, em especial nos jovens, mas duas das principais medidas propostas nesse sentido não vão, para já, avançar. Aumentar dos 16 para os 18 anos a idade legal para o consumo de bebidas alcoólicas e reduzir de 0,5 para 0,2 a taxa de alcoolemia para os jovens recém-encartados são duas das medidas inscritas no plano - ontem aprovado pelo Conselho Interministerial para os Problemas da Droga, das Toxicodependências e do Uso Nocivo das Drogas - que não vão, pelo menos para já, sair do papel.

"Não começaremos seguramente por medidas de alteração legislativa", disse o secretário de Estado Adjunto e da Saúde, Manuel Pizarro, em conferência de Imprensa, insistindo que "o investimento essencial para travar um problema que ainda é visto com complacência na sociedade portuguesa tem de ser na informação e na sensibilização" e envolvendo "todos os agentes da sociedade".

Questionado sobre se a decisão de não avançar já com estas medidas não é uma forma de o Governo se demitir das suas responsabilidades e ceder às críticas da indústria de bebidas alcoólicas, Pizarro recusou. "Este é um plano em que o Estado se compromete com metas", disse, admitindo que "a prazo" poderão ser feitas algumas dessas alterações legislativas, mas insistindo que "só medidas proibicionistas de redução da oferta não produziram os resultados adequados".

Outras das medidas aventadas - como a revisão da política de preços e de publicidade a bebidas alcoólicas - também foram deixadas para a "autorregulação" do sector, representado no Fórum para os Problemas do Alcool. O Governo promete estar atento a essas mudanças e admite intervir "numa fase posterior", caso não se verifiquem alterações.

O presidente do Instituto da Droga e da Toxicodependência, que agora também coordena o combate ao consumo do álcool, defendeu igualmente que "o primeiro conjunto de medidas tem de ser de sensibilização dos destinatários e dos agentes económicos" do sector, incluindo os donos dos bares, porteiros e os barman que também são pais.

João Goulão defende que "há uma série de intervenções que é possível desenvolver de carácter preventivo", antes de "começar a cortar a direita". E acredita que com ações sistemáticas e dirigidas, feitas por pares e nos locais de diversão, será possível inverter a tendência de aumento do consumo de álcool,

sobretudo entre os mais jovens, que se registou em Portugal nos últimos anos.

O secretário de Estado anunciou que, no próximo mês de Junho, o Governo vai aprovar a nova rede de referência para doentes com problemas de álcool, que inclui centros de saúde e os mais de 60 postos do IDT.»

Jornal Notícias, 27-05-2010 - Cirrose já afeta jovens de 30 anos. Pg. 10. Escrito por Gina Pereira.

Outra medida normativa importante anunciada na aprovação do PNRPLA 2010-2012 foi a criação da Rede de Referência para os PLA, que já vinha sendo preparada anteriormente, a semelhança da RAN promovida pelo PACA. Apesar do anúncio inicial marcado para Junho de 2010 e dos sucessivos anúncios sobre a sua aprovação, a Rede de Referência não viu a sua estrutura aprovada pelo MS até meados de 2011.

- 2º Período: XVIII Governo Constitucional – PSD/CDS (21/06/2011- 30/10/2015)

No novo Governo, a Rede de Referência para os PLA teria que ser adaptada a nova realidade criada pela reestruturação da Administração Pública (PREMAC), que afetou novamente a organização dos serviços de saúde nesta área, que passaram a estar sob a alçada das ARSs, permanecendo a nível central uma Direção-Geral intitulada SICAD. Intervenção destes serviços incorporou também outras dependências e comportamentos aditivos. A Rede de Referência que resultaria das mudanças só seria aprovada e posta a funcionar após o período de vigência do PNRPLA, já em 2013.

Em consequência das mudanças organizacionais implementadas houve uma abertura na agenda política do Governo para se voltar a discutir algumas medidas legislativas que se encontravam em suspenso, numa tentativa de valorizar o papel do SICAD. Mas, mesmo voltando a ser debatido e o Governo tendo prometido efetuar mudanças, nenhuma das alterações legislativas ou regulamentações se efetivariam até que a vigência do plano terminasse. Entre fins de 2011 e início de 2013, se debateu alterações a legislação sobre disponibilidade e venda de bebidas alcoólicas a menores de idade, tendo sua origem nas questões de cumprimento e fiscalização da legislação existente.

Os resultados do debate público não seriam imediatos e nem sempre corresponderam aos objetivos definidos pelo PNRPLA 2010-2012. O desenrolar dos acontecimentos e posicionamento dos atores sociais pôde ser acompanhado pelos meios de comunicação social. O primeiro assunto em suspenso que reemergiu na discussão referia-se a venda de bebidas alcoólicas a menores de 16 anos e a fiscalização dos estabelecimentos:

«Uma subcomissão liderada pela ASAE está a avaliar a alteração da lei que proíbe a venda de álcool a menores de 16 anos e a publicidade em eventos desportivos e musicais, revelou hoje Manuel Cardoso, do instituto da droga. (...)

"Este problema dos consumos nocivos está hoje a ser avaliado numa reunião da administração pública" por uma subcomissão liderada pela ASAE [Autoridade de Segurança Alimentar e Económica], que conta também com a Direção-Geral de Atividades Económicas e representantes de vários ministérios, avançou Manuel Cardoso. A reunião tem como objetivo "tentar alterar não só a legislação sobre a idade para o consumo de bebidas alcoólicas, aquisição e venda, como também vai debruçar-se sobre a legislação da publicidade e a sua ligação com os eventos desportivos e musicais", adiantou.

Segundo o vogal do conselho diretivo do IDT, é necessário que "a legislação existente sobre o marketing e a publicidade seja realmente cumprida e linear". "Se é proibido, por exemplo, fazer publicidade a bebidas alcoólicas antes das 22:00 na televisão, não faz sentido estar a ver um jogo de futebol às seis da tarde em que sistematicamente aparecem marcas de bebidas alcoólicas", elucidou Manuel Cardoso. Para o responsável, é importante que esta situação fique "muito clara" para que a fiscalização possa atuar. (...).

Apesar de haver legislação que proíbe o consumo de álcool até aos 16 anos, os jovens começam a beber cada vez mais cedo, observou Manuel Cardoso, lembrando que a entidade que fiscaliza só pode punir se a pessoa for apanhada em flagrante a vender uma bebida alcoólica a um menor. "Compra-se álcool em qualquer sítio e a qualquer hora", disse Manuel Cardoso, contando que até talhos vendem bebidas "fora de horas". Por outro lado, acrescentou, "compram-se grandes quantidades de bebidas a preços muito baixos e se não há controlo da idade a que se vende, só agrava a situação".»

lonline.pt, 16-11-2011 - Subcomissão liderada pela ASAE está a avaliar alteração da lei que proíbe venda de álcool a menores. Online.

«No geral, cerca de 40% dos alunos com 13 anos já consumiram bebidas alcoólicas. Aos 15 são 72,4% os que já o fizeram. A proibição da venda de bebidas alcoólicas a menores de 16 anos foi decretada em 2002. Os dados ontem revelados confirmam, uma vez mais, que a lei não está a ser cumprida. No ano passado o IDT propôs, sem resultados, que a idade mínima de consumo passasse dos 16 para os 18 anos.

O presidente do IDT, João Goulão, resumiu assim a situação ao PÚBLICO: quando "um inspetor da ASAE entra numa discoteca de miúdos é como um boi numa loja de porcelanas, pára tudo". "Como é que ele produz prova? Teria que assistir ao ato de venda de álcool. É muito difícil ocorrer", acrescenta.

(...) frisa Manuel Cardoso (vice-presidente do IDT) (...) também "não faz qualquer sentido que um miúdo de 13 anos seja apanhado na rua pela polícia completamente intoxicado e os pais não cheguem a saber que isto aconteceu", adianta, defendendo que, "no mínimo é indispensável que sejam chamados ao local": "Os pais não se podem demitir, têm de ser comprometidos e também precisamos de ajudá-los a dizer não".»

*Jornal Público, 17-11-2011 - Há mais raparigas a embebedarem-se e isso acontece cada vez mais .Pg. 12.
Escrito por Clara Viana*

A intenção inscrita do PNRPLA, de aumentar a idade mínima de venda para os 18 anos, acabou por voltar a agenda política, apoiada por um conjunto de atores sociais e especialistas da área da alcoologia, depois de um longo período em que se tentou desenvolver melhores práticas legislativas segundo a lei vigente.

No final de 2011, o responsável do MS comunicava que se iria alterar a legislação para aumentar a idade mínima de venda para os 18 anos e restringir a publicidade. Alertas por parte dos responsáveis do IDT sobre a necessidade de também se reforçar a fiscalização acresciam a dimensão das alterações que há anos se reclamavam.

«Governo quer desincentivar o consumo do álcool pelos jovens

O secretário de Estado adjunto e da Saúde anunciou esta segunda-feira que o aumento da idade legal para os 18 anos no consumo e aquisição de bebidas alcoólicas, previsto para 2012, será acompanhado de outras medidas para desincentivar os jovens de beber.

O Governo anunciou que, em 2012, a idade legal para comprar bebidas alcoólicas vai passar dos 16 para os 18 anos, noticia a agência Lusa.

«Não se trata apenas de aumentar a idade legal para consumo e aquisição de álcool, mas também ter medidas importantes a nível da forma como a publicidade é feita, os alvos a que é dirigida, em que momentos ocorrem e algumas regras sobre os locais de venda», avançou Fernando Leal da Costa à agência Lusa.

Leal da Costa explicou que na base desta medida, que entra em vigor em 2012, esteve «uma preocupação de saúde pública», mas também acompanhar o que se passa a nível de outros países europeus em que só é permitido a venda e o consumo a partir dos 18 anos.

Por outro lado, adiantou, o facto de, neste momento, ser disponível a compra de álcool a menores de 16 «tem levado a que haja claramente abusos e, além do mais, também é sabido que o álcool é particularmente mais tóxico nas crianças e nos adolescentes do que nos adultos».

Contudo, ressaltou, é uma medida «importante» e «fundamental» porque «quanto mais tarde se começar a beber, menor é a probabilidade da pessoa se tornar dependente do álcool». (...)»

Tvi24.iol.pt, 21-11-2011 - Aumento da idade para beber acompanhado de outras medidas. Online.

«Mudança. A partir do próximo ano, menores de 18 não poderão comprar nem consumir álcool

A falta de fiscalização nas ruas para controlar menores alcoolizados é o grande obstáculo à alteração da idade mínima permitida para compra e consumo de álcool de 16 para 18 anos. O secretário de Estado da Saúde, Fernando Leal da Costa, anunciou no sábado que, a partir de 2012, os jovens com menos de 18 anos ficarão proibidos, por lei, de consumir e comprar bebidas alcoólicas. (...)

Manuel Cardoso, do Instituto da Droga e Toxicod dependência (IDT), defende que "a mudança da lei não é suficiente, têm de haver condições para a aplicar e fiscalizar no terreno. Senão não vale a pena", explica. "As entidades como a ASAE, a PSP e a Direcção-Geral das Atividades Económicas têm de estar mesmo atentas", avisa o vogal do Conselho Diretivo do IDT. (...)

Manuel Cardoso alerta: "Temos de acentuar a ideia de que isto é um problema de saúde pública e que o álcool tem consequências nefastas no sistema nervoso central de uma pessoa. E quanto mais novo se é,

pior", diz o responsável. "Mas sabemos que não vamos conseguir milagres." (...)»

Jornal Diário Notícias, 21-11-2011 - Falhas na fiscalização ameaçam nova lei do álcool para menores. Pg. 15. Escrito por Filipa Ambrósio de Sousa.

«O secretário de Estado Adjunto da Saúde anunciou que o aumento da idade legal para os 18 anos no consumo e aquisição de bebidas alcoólicas, previsto para 2012, será acompanhado de medidas para desincentivar os jovens de beber. "Não se trata só de aumentar a idade legal para consumo e aquisição de álcool, mas também ter medidas importantes a nível da forma como a publicidade é feita, os alvos a que é dirigida, em que momentos ocorrem e algumas regras sobre os locais de venda", disse Fernando Leal da Costa à Lusa.

Este responsável explicou que na base da medida esteve uma preocupação de saúde pública, mas também acompanhar o que se passa ao nível de outros países europeus. "Neste momento não se justifica que Portugal não siga aquilo que é comum num número significativo de países europeus e não só no sentido de tomar o álcool apenas disponível para maiores de 18 anos", sustentou.

"A nossa preocupação é iminentemente uma preocupação de saúde pública", sublinhou Leal da Costa, (...)

Sobre as críticas de falta de inspeção da lei, o governante afirmou que o problema da fiscalização, em termos da sua dificuldade, relaciona-se "com a forma e a frequência que as pessoas põem nessa própria fiscalização".»

Jornal Diário Notícias, 22-11-2011 - Nova lei aperta cerco a locais de venda de bebidas alcoólicas. Pg. 17. Escrito por LUSA.

«Governo quer subir para os 18 anos a idade legal para o consumo e venda de álcool, mas o reduzido número de contraordenações registado em 2010 prova a ineficácia da fiscalização.

No ano passado apenas foram instaurados 25 processos de contraordenação por venda e consumo de álcool a menores de 16 anos em locais públicos, informou ontem o presidente do Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT), João Goulão, sublinhando que aquele dado é a prova da ineficácia da fiscalização e de que pouco serve subir a idade legal para 18 anos, se não houver mudanças na área.

Além da divulgação dos dados sobre a situação do país em matéria de drogas e toxicodependências, constante no relatório anual do IDT de 2010 que ontem foi apresentado, Goulão levou ao Parlamento dados sobre o consumo de álcool no país. Em Portugal é proibido por lei vender e ingerir álcool abaixo dos 16 anos, mas, no ano passado, apenas foram abertos dez processos de contraordenação por consumo de álcool e outros 15 por venda de bebidas a miúdos abaixo daquela idade. De acordo com o último Estudo sobre o Consumo de Alcool, Tabaco e Drogas, realizado este ano com base num inquérito feito a 13 mil alunos, aos 16 anos 9% dos rapazes e 5,5% das raparigas dizem ter-se embriagado, no último ano, entre seis a 19 vezes.

O Governo anunciou recentemente que vai subir a idade legal para 18 anos. O presidente do IDT disse que os dados são a prova de que "não há fiscalização aos 16 anos, não haverá aos 18 anos, não vale a pena alterar a lei", a não ser que seja acompanhada "pelo aumento da capacidade de intervenção efetiva da fiscalização".»

Público Última Hora, 22-12-2011 - Só 25 processos por álcool abaixo dos 16 anos Online.

Simultaneamente, no final de 2011, volta a ser discutida também a redução da taxa de álcool no sangue (TAS) para jovens condutores (recém-encartados), bem como para outros condutores profissionais, uma medida que foi proposta no PNRPLA 201-2012, em 2010, e que ficou suspensa por decisão do Governo de então. A Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária à época disse que as suas propostas seriam apresentadas diretamente ao Governo na altura adequada. Apenas em 2011 voltou a falar no assunto e foi acompanhado pelas ONGs que promoveram, defenderam e apoiaram as medidas.

«O presidente da Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária (ANSR) defende a redução da taxa de alcoolemia permitida para 0,2 gramas por litro de álcool no sangue (g/l) para os jovens, porque 34% dos mortos na estrada apresentam taxas superiores a 0,5 gramas/litro. A propósito da revisão do Código da Estrada, Paulo Marques diz que "a redução da taxa de álcool na faixa etária dos 18 aos 24 é uma medida positiva". (...)

Paulo Marques lembra que existe uma recomendação da União Europeia de 2001 que avança com os valores de 0,2 g/l para os jovens e que a medida também já estava inscrita na Estratégia Nacional de Segurança Rodoviária.

A revisão do Código da Estrada está a ser estudada pelo Ministério da Administração Interna, que já tem um conjunto de propostas da ANSR e do Automóvel Clube de Portugal (ACP).

Carlos Barbosa, presidente do ACP, adianta à Renascença que, além da redução da taxa de alcoolemia permitida aos jovens, o que se pretende "é que os transportes públicos, transportes de crianças, forças militarizadas, INEM, bombeiros tenham taxa zero". Outra sugestão é que os exames práticos e teóricos para a carta de condução sejam mais exigentes e que os jovens possam começar a ter formação a partir dos 16 anos.»

Jornal Página 1, 14-12-2011 - Taxa de alcoolemia nos jovens pode passar para 0,2 gramas por litro. Pg. 6

O Ministério da Administração Interna está em fase de revisão do Código da Estrada e já tem em cima da mesa várias propostas da Prevenção Rodoviária Portuguesa e do Automóvel Clube de Portugal (ACP) para reduzir a sinistralidade no grupo de risco mais perigoso, os jovens dos 18 aos 24 anos. Uma das propostas é a redução do volume de álcool admitido no sangue dos jovens recém-encartados. Esta sugestão tem origem na Comissão Europeia e é subscrita pela Prevenção Rodoviária Portuguesa (PRP) e ACP. (...)

O Ministério da Administração Interna só respondeu que "na revisão do Código da Estrada o Governo não deixará de ter em consideração os comportamentos de risco e a proteção dos utentes mais vulneráveis das vias". O Governo "ainda está a preparar as alterações [ao Código da Estrada], não havendo uma data concreta prevista para a conclusão". (...)

Jornal Diário Notícias, 14-12-2011 - Ministro estuda cortar álcool a jovens condutores. Pg. 1 e 19. Escrito por Rute Coelho

Entre Março e Abril de 2012, os anúncios dos responsáveis do MS sobre as mudanças legislativas na idade mínima de venda e na TAS para condutores recém-encartados continuam, mas as ações para as concretizar não se desenvolviam e o apoio de outros responsáveis do Governo também não era manifesto. Durante o período o assunto foi largamente debatido entre os atores sociais da Indústria do Álcool, da comunidade da Saúde e das ONGs. Apesar do consenso geral de apoio as medidas, começa a surgir tentativas de influenciar a tomada de decisão, quer pela introdução de mais medidas que harmonizem o contexto de aplicação de uma idade de 18 anos para a venda, quer para que o aumento da idade mínima de venda se faça apenas para algumas bebidas.

«A venda de bebidas alcoólicas vai ser proibida a menores de 18 anos. O anúncio foi feito, ontem, pelo secretário de Estado para a Saúde, Fernando Leal da Costa, que avançou, ainda, a alteração do limite da taxa de alcoolemia nos jovens e recém-encartados, revelando que baixará dos 0,5 para os 0,2 gramas de álcool por litro. "Há dados que mostram que há sete vezes mais mortalidade em condutores, abaixo dos 20 anos, quando conduzem com 0,5 gramas", justificou Leal da Costa.

O ataque ao álcool, visando prevenir o alcoolismo e os acidentes rodoviários entre os mais jovens, parece ter agradado a vários setores. Agradou, por exemplo, ao presidente da Prevenção Rodoviária Portuguesa, José Manuel Trigo, designando-a de "totalmente favorável" e lembrando que "há diversos estudos que comprovam que a implicação em acidentes dos jovens começa a subir a partir de uma taxa de alcoolemia de 0,2 [gramas de álcool por litro], enquanto que na população adulta só começa a subir mais tarde".

Também a Associação Nacional de Discotecas (AND) considera que proibir o álcool a menores de 18 anos é uma "medida positiva", mas lembra que são precisas outras correções. "Teremos que alterar a lei da idade mínima para entrar nos estabelecimentos, porque tudo isto é fácil de dizer mas, depois, é muito difícil de executar", disse, em declarações à TSF, o presidente da AND, Francisco Tadeu.

Jornal Notícias, 18-03-2012 - Álcool só a partir dos 18 anos. Pg. 9. Escrito por Leonor Paiva Watson /LUSA

O Governo vai mesmo aumentar dos 16 para os 18 anos a idade a partir da qual é permitido o consumo do álcool. A garantia é do Ministro da Saúde, que esta manhã, no Parlamento, anunciou também que o Executivo vai baixar os níveis de alcoolemia permitidos aos condutores.

"Prendemos avançar com legislação no sentido de reduzir a taxa de alcoolemia que condutores de transportes públicos possam ter. Não nos parece minimamente ser razoável que alguém que transporte crianças ou passageiros de qualquer idade possa ir até uma taxa de 0,5. Portanto, iremos agir sobre isso e também na questão da idade no acesso ao álcool", revelou o ministro.

Rádio Renascença Online , 04-04-2012 - Vai aumentar para 18 anos a idade mínima para consumir álcool. Online.

(...) Para pôr fim ao fenómeno do botellón, só os restaurantes e os bares vão poder vender bebidas alcoólicas depois da meia-noite. Também os postos de combustível poderão deixar de ter bebidas à venda

O Governo quer desincentivar os jovens de beber e prepara-se para aumentar já este ano dos 16 para os 18 anos a idade mínima legal para o consumo e aquisição de bebidas alcoólicas, à semelhança do que acontece com muitos países europeus. A questão foi abordada ontem pelo secretário de Estado adjunto e da Saúde, Fernando Leal da Costa, em Loures, na abertura do Fórum Nacional Álcool e Saúde, cujo presidente é João Goulão, que será em breve empossado como o diretor-geral do Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências (SICAD). (...)

Aos jornalistas, Leal da Costa admitiu que o Governo está a ponderar "fazer aprovar um diploma que restringe a venda de bebidas alcoólicas depois da meia-noite, indo ao encontro do que acontece na maioria do espaço europeu". E referiu o trabalho que está a ser desenvolvido no sentido de baixar a taxa de alcoolemia permitida entre os jovens condutores de 0,5 gramas por litro de sangue para 0,2 gramas. Esta ideia viria a ser defendida por outras pessoas durante os trabalhos de ontem no fórum.

O governante mostrou-se avesso ao consumo e venda de bebidas alcoólicas em postos de combustível e associou esta prática a um "novo fenómeno social" protagonizado por jovens que, sublinhou, estão a "transformar" aqueles locais "em verdadeiros botellón, porque não vão consumir em bares e restaurantes e acabam por ter acesso a álcool e estar em festa em sítios que põem em perigo a sua segurança".

A possibilidade de as bebidas alcoólicas deixarem de estar à venda nos postos de combustível está em cima da mesa. Uma proposta de alteração à lei do álcool de 2002 que está a ser elaborada por uma equipa interministerial, composta por representantes do sector das bebidas alcoólicas, saúde e educação, alarga a proibição de venda a postos de combustível e a "qualquer estabelecimento, a partir das 24h, com exceção dos estabelecimentos de restauração e/ou bebidas". A medida, porém, está já a suscitar críticas por parte dos responsáveis pelo sector das bebidas alcoólicas, que ontem mesmo vieram dizer que discordam das intenções do Governo.

Jornal Público, 11-04-2012 - Idade mínima para consumir álcool sobe para os 18 anos. Pg. 1 e 4. Escrito por Margarida Gomes

«O secretário-geral da Associação Nacional de Empresas de Bebidas Espirituosas (ANEBE) ficou "surpreendido" com a proposta de António Pires de Lima (presidente da Associação Portuguesa dos Produtores de Cervejas) de haver uma distinção entre bebidas alcoólicas para a idade legal de 16 para 18 anos.

Mário Moniz Barreto defende que não existe álcool "mais ou menos perigoso", rebatendo a proposta do presidente da Associação Portuguesa de Produtores de Cerveja que defendeu que a idade legal para o consumo de vinho e cerveja deve ser diferente da das bebidas espirituosas e manter-se nos 16 anos. (...)

António Pires de Lima mostrou-se na quarta-feira preocupado com as medidas "proibicionistas" que o Governo quer adotar, sublinhando que "não se deve misturar a cerveja e o vinho" na legislação que se pretende aplicar às bebidas de álcool destilado, e defendeu a manutenção da atual idade legal para os primeiros dois casos, até porque essa é uma prática que já existe.

"Se [os jovens não beberem bebidas alcoólicas] antes dos 18 anos, serão seguramente casos estranhos. Preocupa-me haver ministros que não experimentaram o que é beber uma cerveja antes dos 18 anos", acrescentou.»

Sapo LifeStyle, 08-06- 2012 - Associação bebidas espirituosas critica proposta de Pires de Lima sobre idade legal. Online. Escrito por LUSA.

Só no decorrer do segundo semestre de 2012 noticiou-se as iniciativas concretas no sentido de se fazer alterações ao Código da Estrada para a reduzir a TAS para condutores recém-encartados e profissionais:

«Condutores recém-encartados vão ter regras mais apertadas. Motoristas profissionais também.

A taxa de alcoolemia vai baixar para 0,2 gr/litro de sangue para os condutores mais recentes. Esta é uma das propostas do relatório final do grupo de trabalho parlamentar sobre Segurança Rodoviária. E será aceite pelo Governo, que vai entregar em breve a sua proposta de alterações ao Código da Estrada.

O relatório, que sintetiza ainda as posições de várias entidades ligadas ao sector, está a ser terminado. Depois disso, no final de Setembro, realizar-se-á um fórum sobre segurança rodoviária, em Lisboa.

«Estamos a estudar este assunto em articulação com a Assembleia da República. Apresentaremos a nossa proposta no final daquele trabalho», afirmou ao SOL o secretário de Estado da Administração Interna, Filipe Lobo d' Ávila, admitindo «um período probatório a definir» para os condutores-alvo da nova taxa de

alcoolemia.

O Governo quer ainda incluir nesta categoria os motoristas de veículos de transporte de crianças ou mercadorias perigosas. Os taxistas ficam de fora, sujeitos à taxa normal de 0,5 gr/litro. (...)

Jornal SOL, 31-08-2012 - Taxa de álcool baixa. Pg. 19.

«Sinistralidade. O Governo vai avançar com alterações ao Código da Estrada com medidas dirigidas aos condutores sob efeito de álcool, à proteção de peões e à redução de velocidade nos meios urbanos

O Ministério da Administração Interna (MAI) tem preparada uma proposta de alteração ao Código da Estrada que prevê a redução da taxa limite de alcoolemia para 0,2 gramas por litro de sangue (g/l) em vez dos atuais 0,5. Este novo valor será aplicado aos condutores recém-encartados, seja qual for a idade, durante um período probatório de três anos, e aos condutores de transportes de passageiros, de mercadorias perigosas e de emergência. Esta é a medidas mais imediatas com que a equipa do secretário de Estado da Administração Interna, Filipe Lobo D'Ávila, pretende responder as conclusões arrasadoras da avaliação da primeira fase (2008-2011) da Estratégia Nacional de Segurança Rodoviária (ENSR) que têm estado a ser analisadas por especialistas que se reuniram no MAI nas últimas semanas. (...)

O MAI pretende ter este pacote de medidas aprovadas antes do final do ano em Conselho de Ministros para entrarem em vigor logo no início de 2013. O gabinete do secretário de Estado tem o plano concluído para receber a assinatura do ministro Miguel Macedo.»

*Jornal Diário Notícias, 11-10-2012 - Taxa de álcool baixa para 0,2 nos novos condutores. Pg. 1, 6 e 7.
Escrito por Valentina Marcelino.*

Em 2013, as incertezas sobre o conteúdo e a aprovação das medidas legislativas aumentam, apesar das reafirmações que ocorreriam brevemente. A situação já perdurava desde 2011, tanto no caso da revisão das TAS, no âmbito do Código da Estrada, como na redefinição da idade mínima de venda e consumo de álcool e nas restrições a disponibilidade, no âmbito de uma nova legislação do álcool. Existiram indicações que a proibição de venda de bebidas alcoólicas em postos de abastecimento seria apenas no horário noturno. Também que se existia a possibilidade de diferenciar a idade mínima de acesso às diferentes bebidas alcoólicas de acordo com o teor alcoólico em questão (o que era desmentido pelo Secretário de Estado Adjunto da Saúde). Por fim, as alterações ao Código da Estrada referentes à redução da TAS continuavam “em cima da mesa”.

«(...) Quanto à interdição de venda de álcool nas lojas de conveniência e nos postos de combustível a partir da meia-noite, todos de acordo. Recorde-se que aqui parece ter havido um recuo. Em Abril de 2012, Leal da Costa referia-se à intenção de impedir a venda de álcool nos postos de abastecimento. Afinal, a interdição deverá vigorar só a partir da meia-noite.

Em cima da mesa continua a intenção de baixar a taxa de alcoolemia para os 0,2 gramas/litro de sangue nos novos condutores, durante um período probatório de três anos. Ao PÚBLICO, fonte do gabinete do titular da Administração Interna, Miguel Macedo, garantiu que a revisão do Código da Estrada irá a Conselho de Ministros "muito brevemente".»

Jornal Público, 05-02-2013 - Nova lei será ineficaz se menores não forem penalizados por se embriagarem na rua. Pg. 13. Escrito por Natália Faria.

«A nova proposta de lei do Governo sobre o álcool deverá ser discutida ainda este mês. A proibição da venda de álcool a menores de 18 anos é um dado adquirido. Nas respostas enviadas por email ao PÚBLICO, o Secretário de Estado Adjunto da Saúde, Leal da Costa, promete também proibir a venda de álcool durante a madrugada nos postos de abastecimento e lojas de conveniência. Sobre a punição aos infratores, o governante avança que a nova proposta legislativa vai permitir "encerramentos temporários dos estabelecimentos prevaricadores".

(...)- Quais são os timings desta proposta?

FLC - Gostaríamos de ter esta proposta de Decreto-Lei em vigor antes do Verão de 2013.»

Jornal Público, 05-02-2013 - Fernando Leal da Costa: "fiscalização e punição são decisivas na nova lei do álcool". Pg. 1, 12 e 13. Escrito por Andréa Cunha Freitas

Finalmente, a nova legislação do álcool foi aprovada em Conselho de Ministros em 21 de Fevereiro de 2013, e, ao contrário do que anunciou repetidamente o Secretário de Estado

Adjunto da Saúde, ficou decidido que a sua redação final não aumentaria de forma abrangente a idade mínima da venda e consumo para os 18 anos, nem restringiria a venda em postos de abastecimento e lojas de conveniência para além do horário noturno.

Nesta altura, o Governo, através do Secretário de Estado do Conselho de Ministros ainda defendeu a posição alegando que seria excessivo “proibir um jovem de 17 anos de beber uma imperial”. Todavia, foi inserido na legislação um conjunto de mecanismos reforçadores da fiscalização e da penalização da venda a menores e do consumo. O Conselho de Ministros também concordou com inclusão da redução do limite da TAS para condutores recém-encartados e profissionais nas alterações ao Código da Estrada.

«A nova lei do álcool, aprovada esta quinta-feira pelo Governo, mantém o limite dos 16 anos para o vinho e a cerveja - mas as bebidas espirituosas passam a estar interditas a menores de 18 anos. O psiquiatra Domingos Neto alertou que a cerveja é a bebida alcoólica mais consumida pelos jovens portugueses, razão pela qual considera não fazer sentido impor um limite de idade diferente para o seu consumo.

A lei aprovada também aposta no reforço da fiscalização nos estabelecimentos de consumo e proíbe a sua venda entre as 00:00 e as 08:00 em alguns locais, como bombas de gasolina. "O álcool é todo igual e o álcool que é mais consumido pelos jovens é a cerveja. Que é uma bebida forte per si e cria hábitos alcoólicos persistentes e duradouros. Esta divisão da lei não faz sentido", declarou à agência Lusa Domingos Neto.

Público Última Hora, 21-02-2013 - Recuo do Governo na nova lei do álcool "não faz sentido". Online.

«A proposta de lei do álcool, aprovada ontem em Conselho de Ministros, sobe para os 18 anos a idade mínima para consumo de bebidas brancas como uísque ou vodka, mas permite que se continue a beber vinho e cerveja a partir dos 16. "Seria um excesso da parte do Estado proibir um jovem de 17 anos de beber uma imperial", justificou o secretário de Estado do Conselho de Ministros, Luís Marques Guedes (...)

Jornal Correio Manhã, 22-02-2013 - Vinho e cerveja permitidos aos 16. Pg. 16. Escrito por Bernardo Esteves

O Conselho de Ministros discutiu ontem uma versão da nova lei do álcool bem mais tímida do que o previsto. A proposta que ainda será discutida no Parlamento faz, ao contrário do que tinha sido anunciado, uma separação entre o vinho e cerveja e as bebidas espirituosas, reservando a interdição a menores de 18 anos apenas para as últimas (de teor alcoólico mais elevado). Vários especialistas criticaram este recuo e alguns defendem que se trata de uma cedência a pressões do sector. Sobretudo quando se sabe que o consumo de álcool entre os jovens está a aumentar e que a cerveja é a bebida preferida dos mais novos.

Nem subida do preço do álcool, nem proibição total de venda de álcool nas bombas de gasolina, nem aumento para os 18 anos da idade mínima para venda e consumo de qualquer bebida alcoólica. Estas eram algumas das intenções que estavam em cima da mesa. Em vez disso, o Governo não ousou tocar nos preços do álcool, proibiu a venda de álcool em alguns estabelecimentos (como as bombas de gasolina ou as lojas de conveniência), mas apenas entre a meia-noite e as oito da manhã e excluiu a cerveja e o vinho da proibição de venda e consumo a menores de 18 anos.

O secretário de Estado adjunto da Saúde, Fernando Leal da Costa, explicou que a intenção do Governo é "colocar barreiras ao consumo de bebidas alcoólicas por adolescentes". Os especialistas não conseguem digerir esta contradição e criticam fortemente a separação entre as bebidas para a definição dos limites legais. (...)

Proibição à noite

Para além da diferenciação dos limites etários para a permissão do acesso às bebidas alcoólicas, o Governo aprovou ontem em Conselho de Ministros mais algumas medidas que, conjugadas, considera poderem ajudar a diminuir o consumo de álcool. Assim, o executivo quer proibir a venda de qualquer bebida alcoólica fora dos estabelecimentos de restauração e bebidas (restaurantes, bares e discotecas, portos e aeroportos) entre a meia-noite e as 8h00. Ou seja, as lojas de conveniência e os postos de combustíveis não poderão vender álcool durante a noite.

A intenção do Governo é "colocar barreiras ao consumo de bebidas alcoólicas por adolescentes", e permitir que as forças de segurança tenham mecanismos mais adaptados à fiscalização. Não há multas para os consumidores. Mas quando apanharem jovens abaixo da idade mínima a beber álcool as forças de segurança terão que notificar os pais ou responsáveis legais, o centro de saúde da área de residência e, no limite, a questão poderá chegar aos núcleos de apoio às crianças e jovens em risco. Os estabelecimentos que vendam álcool a quem não tem idade legal poderão ser fechados no momento, durante 12 horas, e depois receber multa entre 2500 e 30 mil euros e encerrar até dois anos.

O Governo aprovou também uma alteração ao Código da Estrada "apertando" a taxa máxima admissível de 0,5 g/l para 0,2 gramas de álcool por litro de sangue no caso de condutores recém-encartados, assim como condutores de veículos de socorro ou serviço urgente, de transporte coletivo de crianças e jovens até 16 anos, táxis, pesados de passageiros e mercadorias, ou transporte de mercadorias perigosas.»

Jornal Público, 22-02-2013 - CDS vai dar liberdade de voto a deputados na lei do álcool. Pg. 1, 2 e 3. Escrito por Andréa Cunha Freitas

Na sequência dessa tomada de decisão do Governo, o próprio responsável do SICAD, das políticas do álcool e do PNRPLA 2010-2012 demonstrou sua reprovação, nomeadamente em relação a diferenciação de idades mínimas para a venda (mantendo os 16 anos para a cerveja e o vinho) e afirmou se tratar de uma cedência a interesses particulares, deixando claro que não se estava cumprindo com a implementação das políticas públicas traçadas. Acompanhou-o nas críticas o ex-Secretário de Estado da Saúde do Governo que esteve na origem do PNRPLA.

«João Goulão, responsável pelo combate às dependências, diz que o Governo cedeu "a interesses poderosos" na idade legal para consumir álcool

Organismo que fez lei do álcool explica recuo do Governo com ação de "interesses poderosos"

João Goulão, presidente do SICAD, ficou dececionado com o recuo do Governo que mantém os 16 anos para o consumo de cerveja

Foi o Governo que decidiu alterar a proposta original elaborada pelo SICAD (Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências, que veio substituir o Instituto das Drogas e Toxicodependências) e diferenciar a idade legal para consumo de bebidas espirituosas e a cerveja e vinho na nova lei do álcool.

"A solução aprovada em Conselho de Ministros não era o que defendíamos. Propúnhamos a interdição do álcool a menores de 18 anos, sem diferenciação. Ficámos aquém do que se pretendia e do que estava consensualizado", admitiu ao PÚBLICO João Goulão, presidente do SICAD.

Considerando que se "perdeu uma importante oportunidade", Goulão acredita que "a única justificação possível para a opção do Governo é a intervenção de interesses económicos poderosos". A versão final da nova lei, aprovada esta semana em Conselho de Ministros, mantém o limite dos 16 anos para o consumo de cerveja e vinho, reservando a interdição a menores de 18 anos apenas às bebidas espirituosas.

Apesar de admitir que a proposta representa alguns ganhos, nomeadamente na criação de mecanismos mais eficazes de fiscalização, Goulão admite que está "dececionado" com o desfecho. "Esta solução dá um sinal errado e não vai ter o efeito que pretendíamos na redução do consumo. A iniciação faz-se nestas idades e a cerveja é a bebida preferida. O problema começa aqui. Resta esperar pela revisão que está prevista para 2015. Acredito que o tema volte a estar em cima da mesa", diz.

A opção do Governo contraria, aliás, um dos principais objetivos traçados no Plano Nacional de Redução dos Problemas Ligados ao Alcool, aprovado em Conselho Interministerial em 2010. "Foi o Governo que anunciou a intenção de alterar a lei para mudar a idade legal. É preciso que explique o que o fez mudar de ideias", exige o socialista Manuel Pizarro, que tinha o cargo de secretário de Estado adjunto da Saúde quando o plano nacional foi aprovado.

O recuo do secretário de Estado adjunto da Saúde, Leal da Costa, que tinha defendido publicamente a interdição do álcool a menores de 18 anos, está a ser fortemente criticado e interpretado pelos especialistas como uma cedência a pressões do sector. "Acreditar que medidas de saúde pública são suscetíveis de ser influenciadas por esses fatores será um péssimo sinal. Espero que a explicação seja outra", refere Manuel Pizarro. (...)

Jornal Público, 23-02-2013 - Governo acusado de ceder a "interesses" na lei do álcool. Pg. 1 e 5. Escrito por Andréa Cunha Freitas

Durante esse processo o Secretário de Estado Adjunto da Saúde, que comandou o processo de alteração da legislação do álcool, ainda tentou apresentar, num artigo na comunicação social²⁶⁷, o seu ponto de vista sobre o resultado final do diploma legislativo aprovado, justificando que foram obtidos avanços na legislação e nos mecanismos de fiscalização, mas não obteve apoio público ou dos atores sociais que defendiam uma legislação mais restritiva e reforçada.

²⁶⁷ Jornal Público, 26-02-2013 - Com quem se pode contar na defesa da saúde pública? Pg. 47. Escrito por Fernando Leal da Costa

Também foi referido que a legislação tinha sido fruto de avaliação técnica, no âmbito da Coordenação Nacional pela “Subcomissão para a Regulação e Fiscalização da Oferta de Substâncias Lícitas”²⁶⁸. Esta Subcomissão teria avaliado o anterior decreto-lei que estabelecia restrições à venda e consumo de bebidas alcoólicas para apresentar uma nova proposta de lei. Mas, a única questão discutida por esta comissão relativa à idade referia-se às notificações aos pais de jovens emancipados e independentes, mantendo sempre a orientação da idade mínima de venda e consumo nos 18 anos²⁶⁹.

Um aspeto particular da nova legislação sobre o regime de disponibilização, venda e consumo de bebidas alcoólicas em locais públicos e em locais abertos ao público era que esta possuía a forma de Decreto-Lei, sendo aprovada em sede de Conselho de Ministros. Assim, evitou-se o debate parlamentar que poderia por a legislação em causa e influenciar negativamente as intenções do Governo. A Decisão do Conselho de Ministros se revestiu de uma clara influência de membros do Governo e pressão de atores sociais da indústria cervejeira junto de partidos políticos e Governo.

«Legislação 'foge' à AR

Lei foi duas vezes à mesa do Conselho de Ministros antes de obter consenso.

O Governo decidiu aprovar as novas regras para consumo e venda de álcool através de decreto-lei, evitando a discussão e votação na Assembleia da República. Tenta, assim, contornar uma nova 'guerra' que já se adivinhava na coligação do Governo. (...)

“Não passará por aqui, a não ser que algum partido peça a apreciação parlamentar do decreto”, lembrava ao SOL um deputado da maioria. Até agora, nenhum partido admite fazer esse pedido. Se o assunto fosse ao Parlamento, a divisão não seria só no PSD e no CDS. (...)

No Governo, este decreto originou várias discussões, que opuseram os responsáveis da Saúde aos da Economia e da Agricultura, mais preocupados com o impacto económico da iniciativa. E obrigou a um recuo de última hora. Três semanas antes da aprovação do decreto, o secretário de Estado adjunto do ministro da Saúde, Leal da Costa, prometeu a subida para 18 anos da idade mínima de venda de todo o tipo de álcool. As novas regras foram discutidas em dois conselhos de ministros antes de obterem luz verde. E verificou-se, afinal, que o Governo cedeu aos interesses da indústria do sector, em que António Pires de Lima, presidente da UNICER e dirigente do CDS, foi uma das vozes principais da contestação.»

SOL, 01-03-2013 - Cerveja reina entre os jovens. Pg. 16 e 17. Escrito por Rita Porto.

«Há mais de um ano, desde Novembro de 2011, que o Governo e o seu secretário de Estado da Saúde, Leal da Costa, vinham anunciando que estava quase pronta a legislação para proibir a venda de bebidas alcoólicas a menores de 18 anos. (...)

Mas eis que, num golpe de mágica que lançou a surpresa geral, o Governo, afinal, apenas proíbe a ingestão de bebidas espirituosas a menores de 18 anos, mantendo legal o consumo de cerveja e vinho para maiores de 16 anos. Porquê esta piroeta de última hora? Ao que se sabe por imposição de Paulo Portas e do CDS, que bloquearam várias vezes a aprovação da lei em Conselho de Ministros e que são particularmente sensíveis às pressões do lóbi cervejeiro e do empresário Pires de Lima, presidente da Associação de Produtores de Cerveja, do Conselho Nacional do CDS e o mais dileto conselheiro de Portas.

Pires de Lima fez campanha contra o que designou de «proposta proibicionista», enquanto a bancada parlamentar do CDS considerava a lei «uma restrição das liberdades gerais». Resultado: o Governo recuou em toda a linha, impôs uma divisão ridícula entre álcool bom (o da cerveja e do vinho) e álcool mau (o das bebidas espirituosas), obrigando ainda o desacreditado secretário de Estado a meter os pés pelas mãos e a alegar que “esta medida elimina em 50% o consumo de álcool em jovens”. (...)

Jornal SOL, 01-03-2013 - Dito & Feito. Pg. 56. Escrito por José António Lima

²⁶⁸ A Subcomissão é composta por entidades como: ASAE/MEE (Coordenação), Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária / MAI, Autoridade Tributária e Aduaneira/MF, Direção-Geral das Atividades Económicas /MEE, Direcção-Geral do Consumidor/MEE, GPP/DGAV/MAMAOT, GNR/MAI, INFARMED/MS, Instituto Português do Desporto e Juventude/MAAP, Turismo de Portugal, I.P/MEE, Instituto do Vinho e da Vinha/ MAMAOT, PSP/MAI, SICAD/MS e Comissão de Aplicação de Coimas em Matéria Económica e de Publicidade/MEE.

²⁶⁹ Revista Dependências, Mar./2013 – “Fórum Nacional Álcool e Saúde e as alterações legislativas: Governo diz sim, setor diz não”. Pg. 4-11.

No decorrer da discussão que se gerou com a aprovação do Decreto-Lei, em resposta as críticas oriundas do conjunto dos atores sociais do FNAS, o Secretário de Estado Adjunto da Saúde ainda tentou argumentar que não houve influências de *lobbys* na tomada de decisão e que a decisão tomada levou em conta não apenas o consenso dos atores sociais, mas o consenso dos decisores do Governo.

«Questionado pelos jornalistas, Leal da Costa rejeitou um recuo face intenções expressas inicialmente por força de lóbis como o da indústria cervejeira - que tem como um dos líderes António Pires de Lima, dirigente do CDS-PP que desde o Verão se manifestou contra a subida da idade mínima para os 18 anos. "Lóbis? De forma nenhuma", garantiu, admitindo que esta passou a ser para si "a melhor lei possível" pois é a lei do governo.

O médico reconheceu o "bom senso extremo" do fórum e repetiu várias vezes que a lei é suscetível de melhorias e por isso será expresso no diploma que o SICAD deve apresentar até Janeiro de 2015 uma avaliação, que poderá levar à revisão. Desejou ao fórum que mantenha a exigência, alertando que isso implica também ter "paciência." Reconheceu que não tendo o regime reunido o consenso global de quem está no terreno, teve outro central em democracia: "esta lei é a que reúne ao nível dos decisores o maior consenso possível", disse.»

Jornal I, 05-04-2013 - Álcool. Especialistas não percebem critérios da nova lei. Pg. 1, 16, 17, 18 e 19. Escrito por Marta F. Reis

Dessa forma, o Decreto-Lei que estabeleceu o regime de disponibilização, venda e consumo de bebidas alcoólicas em locais públicos e em locais abertos ao público foi aprovado em Conselho de Ministros de 21 de fevereiro de 2013 e finalmente promulgado em 9 de abril de 2013 pelo Presidente da República. A sua publicação em Diário da República ocorreu em 16 de Abril e sua entrada em vigor correspondeu ao primeiro dia útil do mês seguinte a publicação. No diploma se prevê ainda a realização de um estudo em 2015 sobre a aplicação do regime previsto na legislação.

Seguindo um processo diferente, a redução dos valores da TAS para recém-encartados e alguns condutores profissionais que o Conselho de Ministros deu seguimento em Fevereiro de 2013, sem que houvesse contestações dos atores sociais, estava incluída na alteração a Lei do Código da Estrada. Estas alterações seguiram para o Parlamento onde foram discutidas pelos partidos num processo que se estendeu ainda por alguns meses. Finalmente a alteração a Lei do Código da Estrada foi aprovada em 24 de julho de 2013 pela Assembleia da República, promulgada em 22 de agosto de 2013 pelo Presidente da República e referendada em 26 de agosto de 2013 pelo Primeiro-ministro. A lei foi publicada em 3 de Setembro de 2013 e entrou em vigor 120 dias após a sua publicação.

O final do processo de implementação do PNRPLA 2010-2012 encerraria com a sua avaliação no primeiro semestre de 2013, bem como com o começo da criação de uma nova estratégia que incluía o álcool, as drogas e o jogo – Plano Nacional de Redução do Comportamentos Aditivos e Dependências (PNRCAD 2013-2020) - por parte do SICAD que se iniciou em Março de 2013 com a criação de uma primeira versão dessa estratégia. Sua elaboração reuniu contributos de membros de vários serviços e entidades, públicas e privadas e do FNAS. Após ter sido apreciado pelo Governo, foi posta em discussão pública entre Agosto e Setembro de 2013²⁷⁰. A versão final do PNRCAD 2013-2020 foi apresentada publicamente e no FNAS no final de 2013. Todavia a sua aprovação oficial somente ocorreria em reunião do Conselho de Ministros de 23 de outubro de 2014. A respetiva Resolução de Conselho de Ministros n.º 79/2014 foi publicada no Diário da República n.º 250/2014, Série I de 2014-12-29²⁷¹

²⁷⁰ Jornal Público, 31-08-2013 - Plano nacional para reduzir até 2020 consumo de drogas em 20%. Pg. 12. Escrito por Ana Cristina Pereira.

²⁷¹ Mais detalhes sobre o assunto consultar o site do SICAD através do link:
http://www.sicad.pt/PT/Publicacoes/Paginas/detalhe.aspx?itemId=61&lista=SICAD_PUBLICACOES&bkUrl=BK/Publicacoes

Análise:

A coordenação e concertação das políticas do álcool parece ter encontrado uma estrutura estável após muitos anos de indefinições e situações precárias que caracterizaram o PACA e os anos de transição para um novo plano. A criação, tomada de decisão e implementação das medidas e intervenções puderam ser acompanhadas pelos atores envolvidos, sem grandes dificuldades institucionais, mas ainda é pouco transparente e ocorre em momentos muito espaçados no tempo, demonstrando que ainda não é um processo contínuo de monitorização e ajuste. A implementação de políticas públicas específicas foi muitas vezes capturada pelos governos, adiada e alterada, se sobrepondo a essas estruturas de coordenação e concertação social desenvolvidas.

A resistência dos Governos em aprovar novas medidas mais restritivas de regulação foi notória, se refletindo no tempo passado entre o início da discussão da proposta do PNRPLA, em 2009, até o fim do tempo de vigência do plano. O PNRPLA estava comprometido logo a partida, em 2010, com a decisão política do Governo, que aceitou a sua aprovação com tinha sido planeada e negociada pelo IDT, mas não permitiu a sua implementação. Apenas as medidas de desenvolvimento dos serviços de saúde pertencentes ao IDT e não dependentes de investimento significativo avançaram. No início de 2012, o novo organismo SICAD prosseguiu a negociação e discussão de mudanças legislativas e reforço da aplicação das leis, enfrentando sempre resistências por parte do Governo.

Esse processo de adiamento das políticas públicas é identificado como uma das estratégias da Indústria do Álcool, pelo que a situação parece refletir mais uma vez as pressões de setores da Indústria do Álcool sobre o Governo. Nenhuma outra medida legislativa foi implementada durante a vigência do PNRPLA 2010-2012. Em 2013, finalmente alguma legislação foi criada, mas novamente só viria a dar uma resposta parcial e limitada às necessidades inscritas no PNRPLA.

As barreiras políticas à criação e alteração de medidas legislativas e às suas práticas de aplicação posteriores impediram a evolução de parte considerável do PNRPLA, comprometendo a sua eficácia global a partida. Assim, se protegeu e defendeu os interesses da Indústria do Álcool e seus operadores, mesmo que através de uma atitude de inércia, em detrimento de uma mais efetiva política do álcool baseada em evidências científica e mecanismos de Saúde Pública.

4. O Financiamento de medidas do PNRPLA

- 1º Período: XVIII Governo Constitucional - PS (26/10/2009 - 21/06/2011)

Em 2010, o PNRPLA 2010-2012 referia que o financiamento das medidas e ações previstas no plano deveriam ser oriundas do orçamento corrente das entidades responsáveis envolvidas. Apenas a investigação, formação e campanhas de sensibilização, dirigidos à minimização dos efeitos nocivos do álcool, poderiam ter fontes de financiamento suplementar, como programas internacionais ou parte das receitas dos jogos sociais. A quase totalidade desse financiamento suplementar já se encontrava comprometido pelos serviços e programas em funcionamento prestados por entidades sociais externas. Algumas carências financeiras já se faziam notar neste financiamento por redução de receitas, cortes e adiamentos no repasse de verbas. A situação se agravaria no decorrer dos anos seguintes.

A implementação do PNRPLA poderia beneficiar de um reforço destes orçamentos das entidades envolvidas, a começar pelo do próprio IDT, mas tal não se assistiu. Um aumento das receitas do IDT ocorreu apenas com a fusão dos CRAs no IDT a partir de 2007, mas num volume muito menor que aquele que resultava dos orçamentos dos três CRAs. Depois disso, entre 2010 e 2012 houve na verdade uma redução das receitas do IDT, fruto de um contexto de crise económico-financeira no Estado que provocou cortes orçamentais. No ano seguinte a aprovação do PNRPLA 2010-2012, os cortes no

orçamento de 2011 já deixaram antever que , além da suspensão das medidas legislativas, não haveria financiamento para se desenvolver medidas de sensibilização e prevenção, e até a implementação da Rede de Referência e manutenção dos serviços de tratamento estavam em causa.

«João Goulão apontou as prioridades em relação aos doentes alcoólicos

Face à diminuição de 4% das verbas para 2011, o tratamento de doentes vai ser a prioridade do Instituto da Droga e da Toxicod dependência (IDT) no que respeita ao alcoolismo. Referindo um relatório da Organização Mundial de Saúde em que é indicado que se deve privilegiar a manutenção das respostas com melhor evidência científica, o diretor da estrutura, João Goulão, afirmou no Congresso Nacional de Alcoologia que “as respostas são sobretudo evidentes ao nível do tratamento” na área que respeita ao alcoolismo.

Apesar de agradecer à ministra da Saúde, Ana Jorge, “o esforço” da tutela para dotar o IDT “com os ‘mínimos olímpicos’ para continuar a trabalhar”, o responsável admitiu que vão ter de se “sacrificar algumas coisas”. Por exemplo, vão ser “suspensas” algumas campanhas na Comunicação Social que estavam a ser preparadas com o objetivo de “tentar combater o mainstream de desculpabilização, de complacência social” em relação ao consumo de bebidas alcoólicas. A redução de pessoal foi outro dos assuntos abordados a propósito da diminuição no financiamento.

O diretor da Unidade de Alcoologia de Lisboa, Alfredo Frade, foi o primeiro a falar nesse aspeto, dizendo a Ana Jorge, na intervenção que fez, que “é a pior altura para dispensar pessoal”, devido às implicações da crise económica. Sobre o mesmo assunto, João Goulão esclareceu que o despedimento de profissionais se vai ficar a dever “mais a medidas genéricas adotadas pelo Ministério das Finanças relativas à forma de contratar pessoas” do que à redução do orçamento do IDT.

Na sua opinião, será necessário “arranjar alternativas para reforçar as equipas onde e quando for necessário”, mas «não é uma situação dramática». Ana Jorge ainda fez questão de lembrar, na abertura do congresso organizado pelo IDT, que embora este organismo sofra um corte de 4% das verbas no próximo ano, “o Ministério da Saúde teve uma diminuição de financiamento de 6%”.

A propósito da abordagem aos problemas de saúde relacionados com o consumo de álcool, a ministra da Saúde afirmou que “a grande tolerância” que existe em Portugal em relação à ingestão de bebidas alcoólicas “exige uma abordagem global e muito cooperativa”. Na sua opinião, se “medidas proibitivas” forem tomadas “isoladamente” não vão surtir efeito.

As considerações de Ana Jorge surgiram na sequência da intervenção de Alfredo Frade, que indicou que se no caso da toxicod dependência o que o IDT fez foi “passar da intolerância em que aqueles doentes estavam” e “inserir-los no sistema de Saúde”, no caso dos doentes com problemas de álcool o que tem de se fazer “é um pouco o inverso”. Explicou, então, que “não se trata de criminalizar o consumo de álcool”, mas tem de se “ultrapassar a tolerância exagerada que existe”. Isto num contexto de consumo que se caracteriza pelo fato de os jovens começarem agora a beber álcool «aos 13 ou 14 anos nas discotecas», começando «logo pelos destilados».

O diretor da Unidade de Alcoologia de Lisboa também manifestou a opinião de que “o paradigma do tratamento atual está esgotado”. Conforme frisou, “o IDT não pode fazer esta batalha sozinho”, pelo que é “urgente” que se construam “redes com os cuidados primários, com a saúde mental”. De momento, disse ainda Alfredo Frade, os diferentes cuidados “não estão articulados”.

Por seu lado, João Goulão concorda que “uma coisa importantíssima do Plano de Ação contra o Alcoolismo é a rede de referência”. E garantiu que esse trabalho tem vindo a ser desenvolvido “em todas as regiões, a diferentes velocidades», estando “praticamente concluído”.»

Tempo Medicina, 22-11-2010 - IDT vai concentrar esforço no tratamento. Pg. 20 e 21.

Nos demais ministérios e organismos envolvidos, a execução de medidas fazia parte da execução e funcionamento normal das instituições, não sendo alocados recursos extras ou criados programas específicos dotados de meios e recursos para implementação de medidas associadas às políticas do álcool. Mas toda a Administração Pública estava sobre pressão e os cortes orçamentais e reestruturações limitaram igualmente a atuação dos diversos serviços e ministérios nos anos que se seguiram a 2010.

- 2º Período: XVIII Governo Constitucional – PSD/CDS (21/06/2011- 30/10/2015)

A transferência dos serviços regionais e dos serviços de saúde do IDT para as ARSs, quando da extinção do IDT e criação do SICAD em Janeiro de 2012, transferiu igualmente os custos do funcionamento dos serviços em curso para estas ARSs. Todavia a avaliação das necessidades de implementação de outros serviços, programas e ações

no âmbito das medidas do PNRPLA 2010-2012 passariam a ser negociados nos orçamentos das ARSs e com os seus responsáveis, nem sempre sensibilizados para a tarefa e disponíveis para os investimentos nesta área no conjunto de outras existentes.

O orçamento de 2012, ainda na vigência do PNRPLA e no período transitório de integração dos serviços nas ARS, o orçamento global do SICAD e das ARSs destinado as atividades correspondentes recebeu sofreu um pequeno aumento, mas a sua aplicação não permitiu uma clarificação sobre os investimentos feitos em medidas do PNRPLA. A longo prazo houve um desinvestimento desta área, devido ao fim de programas e serviços comunitários que eram desenvolvidos por entidades sociais externas e financiados pelo orçamento público, bem como em detrimento de um conjunto alargado de outras prioridades de Saúde da responsabilidade das ARSs.

Análise:

A principal razão para a diminuição global do investimento nessa área advém das sucessivas crises económico-financeiras que Portugal atravessou nesse período, que suscitou nomeadamente as reestruturações organizacionais e cortes orçamentais. A racionalização dos meios e recursos gerou desinvestimento em planos e programas. Todavia nem todas as medidas implicavam investimentos significativos. Medidas legislativas, o aumento de preços e impostos ou regulamentação da disponibilidade e da publicidade e criação de linhas orientadoras e redes de referência são exemplos de medidas que não implicavam investimentos avultados, mas que foram rejeitados ou adiados sucessivamente pelo Governo.

5- As Intervenções dos Partidos Políticos em Relação ao PNRPLA

- 1º Período: XVIII Governo Constitucional - PS (26/10/2009 - 21/06/2011)

Em Maio de 2010, o PNRPLA 2010-2012 foi aprovado em Conselho Interministerial e não passou pela AR durante o processo de aprovação. Somente em Outubro de 2010 surgiu a primeira intervenção de um partido político sobre o assunto. O PCP, através da sua deputada Paula Santos, dirigiu ao Ministério da Saúde uma série de perguntas sobre a implementação do plano (Pergunta 612/XI (2ª) de 28 de Outubro de 2010), expondo que existiam dúvidas sobre a implementação do PNRPLA, nomeadamente no que se referia à criação da Rede de Referência em Alcoologia e ao desinvestimento que se assistia por parte do Governo no referido plano.

Pergunta 612/XI (2ª) de 28/10/2010

Assunto: "Implementação do Plano Nacional para a Redução dos Problemas Ligados ao Álcool 2010-2012"

Destinatário: Ministério da Saúde

Exmo. Sr. Presidente da Assembleia da República

(...) solicitamos ao Governo, que por intermédio Ministério da Saúde, nos sejam prestados os seguintes esclarecimentos:

1. Qual o ponto de situação da implementação do Plano Nacional para a Redução dos Problemas Ligados ao Álcool? Quais as medidas em curso para cada uma das áreas de intervenção, designada mente: jovens, crianças e grávidas; sinistralidade rodoviária; adultos e meio laboral; prevenção, formação, comunicação e educação; sistemas de informação e recolha de dados; tratamento; e reinserção?

2. Na vertente do tratamento, o que já foi feito para a criação da rede de referência em alcoologia, uma das medidas estratégicas do plano?

3. Qual o cronograma previsto para a implementação da rede de referência em alcoologia?

4. Quais as consequências do desinvestimento do IDT na aplicação do referido plano?

5. Que impactos tem o desinvestimento do Governo na implementação da rede de referência em alcoologia?

Palácio de São Bento, 27 de Outubro de 2010

A Deputada Paula Santos (PCP)

A interpelação dos partidos políticos se estendeu e ampliou nos meios de comunicação social. Além do PCP, o PSD também veio a questionar publicamente o Governo e pedir esclarecimentos sobre o nível e a qualidade do investimento. O Instituto, desde a sua reestruturação anos antes se deparava com dificuldades de manter trabalhadores precários nas suas equipas e nos últimos tempos de captar profissionais de saúde no mercado. Somado a isso, o orçamento global do IDT, que sofreu um aumento com a incorporação das atribuições dos CRAs a sua estrutura em 2007, foi se reduzindo a partir de 2010. Há muito que as verbas de investimento tinham-se reduzido substancialmente também. Toda a situação não era favorável à continuidade do trabalho do IDT e à implementação do recém-aprovado PNRPLA 2010-2012.

O PCP entregou ontem no Parlamento um conjunto de perguntas ao Governo sobre a execução das verbas orçamentadas para o Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT), defendendo um reforço do investimento neste instituto. Em declarações aos jornalistas, no Parlamento, a deputada do PCP Paula Santos referiu que as verbas de investimento no IDT "têm vindo a ser reduzidas constantemente" nos últimos anos, tendo passado de "7,5 milhões de euros" em 2005 para "menos de um milhão de euros", na proposta de Orçamento do Estado para 2011.

"É importante continuar a investir e continuar a reforçar esta área de intervenção do Governo, sob pena de podermos retroceder nesta matéria, com todas as consequências, não só para os utentes, mas para toda a sociedade portuguesa", defendeu. Segundo Paula Santos, "as dificuldades com que o IDT se confronta são grandes: falta de meios humanos e também de meios financeiros" e o PCP teme que a sua intervenção fique "aquém das necessidades", quando o que se justificava era "alargar esta resposta no país".

"O Governo tem de continuar a investir nesta matéria", reforçou, acrescentando que nas perguntas dirigidas ao Governo o PCP pede "mais elementos que permitam fazer uma análise mais detalhada do que tem sido a intervenção do IDT, mas também qual é que é a perspetiva do Governo para o futuro".

Num conjunto de quatro perguntas endereçadas ao Ministério da saúde, o PCP pergunta qual foi a execução das verbas de investimento em projetos do IDT orçamentadas para este ano e pede os mapas da execução do orçamento do IDT referentes a 2009 e 2010, com os valores por rubrica.

O Partido Comunista Português questiona se no presente ano e no anterior "foi possível cumprir o plano de atividades" deste instituto, presidido por João Goulão, e quer ainda saber se o "sucessivo desinvestimento no combate à toxicodependência e aos problemas ligados ao álcool" pode levar à redução do número de trabalhadores, ao encerramento de projetos, à diminuição do número de utentes ou dos estudos do IDT.

Jornal Diário Açores, 29-10-2010 - PCP questiona Governo e quer reforço do investimento no Instituto da Droga e da Toxicodependência. Pg. 1 e 2.

«PSD pede explicações sobre aumento de verbas

Para a deputada do PSD Carla Barros, o acréscimo de 1,4 milhões de euros que o Orçamento para 2011 prevê para o Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT) não faz sentido "quando este instituto público está a encerrar serviços". Também a comunista Paula Santos criticou ontem no Parlamento que o Governo não "esclareça as suas prioridades na toxicodependência", perante as dificuldades financeiras do IDT.

O PSD considerou que o IDT "neste momento é apenas e tão-só uma gigantesca estrutura de redução de riscos". E acrescentou que, "se tivermos o IDT apenas para distribuir metadona, o melhor é começarmos a recorrer às IPSS [instituições particulares de solidariedade social]".»

Jornal Público, Última Hora, 05-11-2010, 08:41 – IDT: Porto não está a internar doentes há uma semana.

Há estruturas que vão fechar e outras reduzir horários. Presidente do IDT, João Goulão, está preocupado com a situação, até porque a crise aumenta as recaídas dos toxicodependentes.

Os cortes previstos no Orçamento do Estado para 2011 vão obrigar o Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT) a encerrar ou a reduzir o horário de algumas estruturas de tratamento de alcoolismo e drogas ilícitas, e a diminuir os apoios a algumas organizações não-governamentais por ele financiadas. O presidente do IDT, João Goulão, está preocupado com esta situação, tanto mais que a crise aumenta as recaídas de consumo dos toxicodependentes.

Como vão ter de fazer mais com menos recursos, os serviços regionais estão a repensar tudo e alguns dos 1565 funcionários vão ter mudar de lugar. Em declarações ao PÚBLICO, o presidente do IDT admite ainda que o combate ao alcoolismo "não está a ter uma evolução positiva, como o das drogas ilícitas". "O consumo abusivo de álcool é um problema em crescimento entre os jovens", acrescentou. João Goulão

afirma também que, um dia, o IDT será extinto e integrado no Serviço Nacional de Saúde.

Cortes ameaçam afastar doentes dos tratamentos de álcool ou drogas ilícitas

Direções regionais estão a definir propostas. Há estruturas de tratamento que vão fechar ou reduzir horário. E há funcionários que vão ter de mudar de sítio.

Os cortes na despesa do Estado vão obrigar o Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT) a submeter-se a uma dieta forçada, que se vai estender a algumas organizações não-governamentais por ele financiadas, (...)

*Jornal Público, 08-11-2010 – Tratamentos ao álcool e drogas vão ser afetados pelos cortes no Orçamento.
Pg. 1 e 3. Escrito por Ana Cristina Pereira*

Já em 9 de Março de 2011, o Governo envia a resposta do Ministério da Saúde (Ministério da Saúde, Gabinete da Ministra - Ofício nº 1641 de 07-03-2011) que apresenta algumas das medidas estruturais para a implementação do PNRPLA 2010-2012 e esclarece os passos que estão sendo desenvolvidos. A resposta refere a criação da Coordenação Nacional e do Fórum Nacional Álcool e Saúde, a construção de um Diretório de Recursos do Álcool (www.diretorioalcool.pt) e a formação de profissionais de Saúde. Refere ainda que foi elaborado um documento base da Rede de Referência com a colaboração dos responsáveis das ARSs, que se seguirá uma metodologia própria de implementação, mas sem datas de execução previstas. Em relação ao desinvestimento relatado e a carência de recursos humanos a resposta apenas assegura que o IDT continuará a responder às necessidades de reestruturação e prestação de cuidados sem descurar de todos os critérios de qualidade.

Ministério da Saúde, Gabinete da Ministra

Ofício nº 1641 de 07-03-2011

ASSUNTO: Pergunta n.º 612/XI/28 de 28 de Outubro de 2010 da Senhora Deputada Paula Santos do PCP - Implementação do Plano Nacional para a Redução dos Problemas Ligados ao Álcool 2010-2012. (...)

Relativamente à rede de referência, foi aprovado o documento base, que resulta das reuniões realizadas com os Responsáveis das ARS, da Saúde Mental e dos Cuidados Primários e Hospitalares, para uma correta identificação e responsabilização dos intervenientes e para que se possa desenhar uma resposta regional adequada em relação aos objetivos previstos na rede. Assim, e deste modo, o desenho e implementação da rede são construídos numa lógica centrada no utente que necessita de respostas no contexto dos PLA, com base em critérios previamente definidos de estruturas com recursos técnicos e humanos. A implementação da rede será feita gradualmente e centrar-se-á em 3 momentos fundamentais: A aprovação e publicação dos documentos; A Formação dos profissionais; A implementação de mecanismos tecnológicos de encaminhamento.

O IDT, IP, continuará a assegurar as necessidades de resposta da população no que concerne aos problemas relacionados com as substâncias ilícitas e também do uso nocivo do álcool. O IDT, IP, irá dar continuidade ao esforço de reorganizar os serviços, à luz dos critérios científicos, otimizando a localização e dimensão das respostas, em termos de eficácia e eficiência, mantendo no entanto, a qualidade e a acessibilidade aos cidadãos.

Com os melhores cumprimentos,

O chefe do Gabinete, António Mendes.

- 2º Período: XVIII Governo Constitucional – PSD/CDS (21/06/2011- 30/10/2015)

A primeira interpelação feita pelo PCP ao Ministério da Saúde do Governo que acabou de assumir funções, ocorreu logo em Julho de 2011 e se deveu a situação de suspensão temporária em Junho das autorizações para tratamentos de novos utentes nas comunidades terapêuticas convencionadas pelo IDT, originada pelas restrições orçamentais impostas pelo anterior Governo e ao aumento verificado da procura de tratamento:

«A recusa em aceitar novos utentes para tratamentos de dependência de droga e álcool, nos centros do Instituto da Droga e Toxicodependência preocupa o PCP que questionou o Ministério da Saúde. Aumento das recaídas é um dos receios.»

Jornal Diário Notícias, 09-07-2011 - PCP envia questões sobre droga e álcool. Pg. 20.

Uma segunda interpelação sobre as políticas do álcool é feita já em Outubro de 2011, no âmbito da extinção do IDT e criação do SICAD. O PCP, através da sua deputada Paula Santos, dirigiu ao Ministério da Saúde uma série de perguntas sobre o assunto (*Pergunta n.º 964/XII/1.º, de 13 de Outubro de 2011*), expondo que existiam dúvidas sobre a continuidade do trabalho desenvolvido pelo IDT, a estruturação dos diversos níveis de cuidados de saúde e investimentos previstos. As expectativas não eram favoráveis a sua melhor evolução desses assuntos sensíveis. No campo político eram também percebidos como tal, todavia não se viu mais intervenções desses atores sociais.

«Pergunta n.º 964/XII/1.º, de 13/10/2011

ASSUNTO: *Sobre a extinção do Instituto da Droga e da Toxicodependência e as políticas do Governo de combate à toxicodependência e aos problemas do álcool.*

Destinatário: Ministério da Saúde

Exmo. Sr. Presidente da Assembleia da República

Chegou ao Grupo Parlamentar do PCP diversas notícias e informações de profunda preocupação entre os profissionais e os doentes, sobre o processo em curso de extinção do Instituto da Droga e Toxicodependência (IDT) e as estratégias a adotar no combate à toxicodependência e aos problemas ligados ao álcool. (...)

Para além da desestruturação do IDT e da destruição da resposta do Estado para combater os fenómenos da droga e toxicodependência, preocupa-nos também o investimento nesta área. O desinvestimento dos últimos anos na política de combate às drogas e ao álcool foi um grande obstáculo no desenvolvimento e ampliação das respostas públicas nesta matéria, conduzindo ao despedimento de muitos trabalhadores e ao encerramento e redução de serviços. Os programas operacionais de respostas integradas direcionados para cada realidade concreta foram colocados em causa.

(...) solicitamos ao Governo, que por intermédio Ministério da Saúde, nos sejam prestados os seguintes esclarecimentos:

- 1. Como ficará integrado no Ministério da Saúde o Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências? Qual o grau de autonomia e as competências a atribuir?*
- 2. Este serviço assumirá a totalidade das atuais respostas do IDT, desde a dissuasão, a prevenção, o tratamento, a redução de danos e minimização de riscos e a reinserção? Ou será somente um grupo de estudos de comportamento aditivos e com responsabilidades a nível da prevenção primária?*
- 3. Está previsto a desagregação do IDT e a desestruturação da resposta de combate à toxicodependência e dos problemas ligados ao álcool? Prevê-se a separação das respostas, como por exemplo, a integração da dissuasão no Ministério da Justiça e o tratamento nas Administrações Regionais de Saúde? Em caso positivo, o Governo não entende que a separação das respostas colocará em causa a estratégia política adotada, que alcançou resultados positivos e demonstrou ser correta, e de mérito reconhecido internacionalmente?*
- 4. O Governo pretende reduzir o orçamento para as políticas de combate à toxicodependência e aos problemas ligados ao álcool? Face às atuais dificuldades sentidas pelos trabalhadores e o povo português, fruto das medidas de austeridades, o Governo não entende a necessidade de reforçar as respostas públicas nesta matéria para evitar possíveis retrocessos?»*

Palácio de São Bento, 13 de Outubro de 2011

A Deputada Paula Santos (PCP)

Em 15 de Novembro de 2011, o Governo envia a resposta do Ministério da Saúde (Ministério da Saúde, Gabinete da Ministra - Ofício nº 7583 de 15-11-2011) que e esclarece os passos que estão sendo desenvolvidos, ressaltando sinteticamente que o SICAD desenvolveria esforços para cumprir o seu papel de coordenação, articulação e operacionalização das políticas públicas para garantir a integração das respostas.

«Ministério da Saúde, Gabinete da Ministra

Ofício nº 7583 de 15-11-2011.

ASSUNTO: *Pergunta n.º 964/XII/1.º, de 13 de Outubro de 2011, da Deputada Paula Santos (PCP) - "Extinção do Instituto da Droga e da Toxicodependência e as políticas do Governo de combate à toxicodependência e aos problemas do álcool".*

Em resposta à pergunta mencionada em epígrafe, a fim de prestar os esclarecimentos solicitados, informo o seguinte:

1. O Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD) passará a integrar a administração direta do Estado, no âmbito do Ministério da Saúde, e terá por missão promover a redução do consumo de substâncias psicoativas, a prevenção dos comportamentos aditivos e a diminuição das dependências, e terá funções de avaliação de programas de prevenção, redução de riscos, minimização de danos, tratamento e reinserção social, assim como apoio de ações para potenciar a dissuasão dos consumos de substâncias psicoativas.

2. O SICAD será o órgão de coordenação entre as políticas e programas definidos em colaboração com outras entidades nomeadamente a Direcção-Geral da Saúde e a respetiva operacionalização a nível local, por parte das Administrações Regionais de saúde, garantindo desta forma uma resposta integrada nos serviços prestadores de cuidados de saúde regionais e locais numa lógica de proximidade e otimização dos recursos.

Com os melhores cumprimentos,

O Chefe de Gabinete, Luís Vitória»

Ainda em Novembro de 2011 o PS também discute a extinção do IDT e a passagem da prestação de cuidados para as ARSs. Em Dezembro do mesmo ano, a presença do responsável do IDT no Parlamento para apresentação do relatório anual do IDT serviu de pretexto para que os deputados dos partidos de esquerda se manifestassem com preocupação sobre o futuro da organização e das políticas públicas que desenvolvia.

«Socialistas temem que qualidade de tratamentos esteja em risco

O PS classificou esta terça-feira a extinção do Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT) como «mais um corte cego», temendo que a qualidade dos tratamentos esteja em risco, noticia a agência Lusa. (...)

Esta terça-feira, no final de uma visita dos deputados do Grupo de Trabalho do Álcool e Toxicodependência, a socialista Elza Pais resumiu o sentimento dos profissionais do IDT. “Veem com muita apreensão a integração no Serviço Nacional de Saúde (SNS) dada a ausência de estratégia que acautele a continuidade dos serviços prestados”, disse.

Para a coordenadora do Grupo de Trabalho Parlamentar, a integração da componente de tratamento do IDT nas ARS “não está a ser suportada por uma estratégia que implique os profissionais no processo de mudança”.

Elza Pais recordou ainda que o IDT integrou recentemente os serviços de alcoologia, que ainda necessitavam de consolidação.

A deputada alertou para a “intervenção de referência a nível mundial” que tem sido levada a cabo. Só no ano passado foram tratados 38 mil toxicodependentes e 80% deles já se encontravam sem consumir.

“O PS gostava que esta decisão pudesse ser repensada e definida uma estratégia que implicasse os profissionais. É mais um corte cego entre tantos outros. É uma forma precipitada de extinguir um serviço de qualidade”, referiu.

O Grupo de Trabalho do Álcool e Toxicodependência, integrado na comissão parlamentar de saúde, pretende agora debater o assunto e ouvir mais profissionais. (...)

Tvi24.iol.pt, 08-11-2011 - PS diz que extinção do IDT é “corte cego”. Online. Escrito por LUSA.

«(...) Além da divulgação dos dados sobre a situação do país em matéria de drogas e toxicodependências, constante no relatório anual do IDT de 2010 que ontem foi apresentado, Goulão levou ao Parlamento dados sobre o consumo de álcool no país (...)

Mas a apresentação ficou sobretudo marcada pelo já anunciado fim do IDT e o futuro incerto do sector. Este organismo vai desaparecer para dar origem ao Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências, passando a área do tratamento para a alçada das administrações regionais de Saúde.

Os partidos de esquerda alertaram para os riscos da mudança. Face aos “ganhos em saúde” na área, a deputada socialista Elza Pais criticou “o desmantelamento do IDT”, em vez da consolidação “de um modelo de sucesso”. A deputada comunista Paula Santos disse temer “que o desinvestimento possa colocar em causa a capacidade de intervenção”. João Semedo, deputado do Bloco de Esquerda, afirmou que “a mudança é uma verdadeira aventura numa altura em que tudo desaconselhava à mudança”, vendo nestas alterações uma forma de “mudar a política da droga, não vendo outra justificação”. (...)

Jorna Público, 22-12-2011 - Álcool: não há fiscalização junto dos jovens. Pg. 1 e 4. Escrito por Catarina

«(...) Elza Pais, deputada do PS – “Gostaria apenas de saber se esta decisão de extinção do IDT, que está em curso, foi baseada nalgum estudo, como foi a política que fomos desenvolvemos longo destes dez anos. E se os profissionais que trabalham na área foram implicados neste processo de reestruturação... Por outro lado, uma vez que os serviços de tratamento vão ser integrados nas ARS, também gostaria de saber o que acontecerá a todos os outros serviços, nomeadamente a prevenção, a dissuasão, a redução de riscos, a reinserção, o Projeto Vida Emprego... Em suma, se a estratégia em curso define bem locais de intervenção e a forma como estes serviços articularão... (...)”

(...) João Semedo, deputado do Bloco de Esquerda – “Quanto à mudança orgânica ou desmantelamento do IDT, não tendo eu uma posição de princípio favorável ou desfavorável às estruturas verticais ou não verticais no SNS ou na área da saúde de forma geral, hoje considero que essa mudança é uma verdadeira aventura. E uma aventura iniciada num momento em que tudo desaconselhava que se procedesse a qualquer mudança estrutural. Penso que é o pior momento, por um lado face à crise social mas também pela recente admissão da área do álcool. O que me leva a interrogar sobre o porquê desta tomada de decisão. Só vejo uma razão: muda-se a estrutura para mudar a política, o que me parece um erro crasso. (...)”

(...) Paula Santos, deputada do PCP – “Face ao desinvestimento que se tem verificado, nos últimos anos, no orçamento do IDT, questão para a qual temos alertado, tem vindo a ser comprometida e tememos que possa ser colocada em causa a capacidade intervenção do IDT. Mais do que números, esta redução vai significar uma diminuição das respostas às pessoas que necessitam de apoio. E isso é o que está a acontecer: há um conjunto de comunidades terapêuticas que não têm condições para continuarem com os tratamentos porque o Governo não transferiu a verba que já foi aprovada para o IDT, para que este possa cumprir com esses mesmos pagamentos. Associando-se isto à intenção já assumida por parte do Governo, não só da extinção do IDT mas também da desagregação das respostas que estão hoje articuladas e que funcionam sob uma coordenação nacional e que promove encaminhamentos de umas para as outras de acordo com as necessidades de cada utente, parece-nos desajustado e vem confirmar o desmantelamento da atual estratégia. (...)”

(...) Manuel Pizarro, deputado do PS – “A decisão política central, neste contexto, é a passagem das estruturas operacionais num quadro regional e local da tutela deste organismo nacional para a tutela das ARS. Diria que esta mudança só deveria ser feita quando precedida de uma análise técnica que nos tornasse a todos nós, portugueses, seguros de que, com isto, não vamos perder um conjunto de equipamentos que estão montados no terreno, que funcionam relativamente bem, que funcionam progressivamente melhor, de acordo com análises anuais que têm atestado essa realidade e análises de organismos internacionais que o confirmam. Se vamos trocar isto por algo que é incerto, é de facto incompreensível. E quem está a fazer a mudança é quem tem que trazer aqui os argumentos que justificam essa mudança... Onde foi isso estudado? Que instituição fez esse estudo? Que vantagens se pretendem conseguir? Como vai ser isso montado no terreno?” (...)»

Revista Dependências, Nov.-Dez./2011 - Baralha, parte e sai o mesmo: IDT apresenta Relatório Anual 2010 na Assembleia da República. Pg. 4-8.

No final de 2012 (11-12-2012), durante a apresentação do relatório anual de 2011 do SICAD na AR, a situação de integração dos serviços e programas nas ARSs ainda era razão de preocupação de deputados dos partidos políticos na AR, principalmente pela falta de respostas concretas para a continuação das estratégias lançadas anteriormente e a manutenção dos financiamentos programas. Constatou-se que as respostas de tratamento público tinham diminuído, o financiamento da área do tratamento convencionado se tinha reduzido e os Programas Operacionais de Respostas Integradas, que cobriam territórios de intervenção pré-definidos com projetos comunitários, se encontravam desenquadrados e com dificuldades de financiamento. As perspetivas futuras, com a integração total dos serviços descentralizados nas ARSs, eram de que o desinvestimento se manteria e a destruturação das respostas poderia ocorrer, diante de uma situação de aumento da procura dos serviços, incluindo álcool, tinha aumentado.

Elza Pais, deputada do PS – (...) “Existem sinais muito preocupantes... Desde logo, a privatização do tratamento. Ou seja, os nossos consumidores estão com dificuldades de acesso ao tratamento à rede convencionada e 57% estão a recorrer à rede privada. E assiste-se, neste caso de cuidados de saúde, ao mesmo que se está a assistir em todo o SNS, o que é preocupante e nós denunciámo-lo aqui. No relatório também era nitidamente visto como uma ameaça o facto de não se saber para onde iria o PORI (Plano Operacional de Respostas Integradas), que orientações tinha, isto é, tudo o que respeitava a financiamentos nos eixos da redução de riscos, prevenção e reinserção estava, na elaboração do relatório, muito indefinido... Pelos vistos, já estão a definir alguma coisa... nós estamos aqui expectantes para acompanhar o que vai ser feito.”(...)

Bernardino Soares, deputado do PCP – (...) “Para o ano teremos já uma nova estrutura sobre a qual, pela nossa parte, temos as maiores dúvidas, veremos como é que na prática isso se traduzirá nos resultados da aplicação da estratégia.”(...).»

Revista Dependências, Dez./2012 - Relatório Anual “A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências 2011”. Pg. 4-17.

Já em 2013, a resolução doutros assuntos ligados ao álcool se somavam as questões estruturais da reestruturação dos serviços. Depois de um ano de debates, a nova legislação que estabelecia o regime de disponibilização, venda e consumo de bebidas alcoólicas em locais públicos e em locais abertos ao público foi aprovada em Conselho de Ministros em 21 Fevereiro de 2013, sob a forma de Decreto-Lei, seguindo para promulgação do Presidente da República. Não houve lugar a debate parlamentar, fugindo assim a polémicas e tomadas de posição políticas dos partidos. Entretanto, ficou claro que a posição do CDS/PP, partido da coligação de Governo, era desfavorável às medidas. A posição do partido influenciou as alterações finais a redação da proposta que diferenciou as idades mínimas de venda de bebidas alcoólicas consoante o tipo de bebida e limitou a proibição de venda em postos e lojas de conveniência aos horários noturnos. Os representantes do partido CDS/PP no Parlamento logo à partida demonstraram a sua oposição a proposta, mas deram liberdade de manifestação aos seus membros. Alguns parlamentares do partido se mostraram contra o que identificaram como uma cedência, esperando ainda que se pudesse agir no melhoramento da legislação, apesar da tendência partidária contrária.

«O Conselho de Ministros discutiu ontem uma versão da nova lei do álcool bem mais tímida do que o previsto. A proposta que ainda será discutida no Parlamento faz, ao contrário do que tinha sido anunciado, uma separação entre o vinho e cerveja e as bebidas espirituosas, reservando a interdição a menores de 18 anos apenas para as últimas (de teor alcoólico mais elevado). Vários especialistas criticaram este recuo e alguns defendem que se trata de uma cedência a pressões do sector. Sobretudo quando se sabe que o consumo de álcool entre os jovens está a aumentar e que a cerveja é a bebida preferida dos mais novos. (...)

CDS dará liberdade de voto

O CDS está incomodado com os termos da proposta de lei aprovada ontem em Conselho de Ministros e critica o que considera ser “uma restrição das liberdades gerais”, segundo fonte da direção do grupo parlamentar. A bancada terá liberdade de voto. O partido liderado por Paulo Portas reconhece na lei os aspetos que têm por objetivo reduzir a sinistralidade rodoviária e minimizar questões de saúde pública. Mas defende que, no atual momento de crise, valeria a pena “ter alguma ponderação para evitar levar Portugal para o grupo de países mais restritivos”. Como a matéria é relativa a uma “restrição de liberdades gerais” e não consta dos programas dos partidos da coligação ou do Governo, a direção da bancada dará liberdade de voto aos deputados. (...)»

Jornal Público, 22-02-2013 - CDS vai dar liberdade de voto a deputados na lei do álcool. Pg. 1, 2 e 3. Escrito por Andréa Cunha Freitas

«Ex-líder do CDS critica “recuo” do Governo no regime aprovado sobre idade mínima de consumo de bebidas alcoólicas

O deputado do CDS José Ribeiro e Castro afirma ter ficado surpreendido pelo “recuo” do Governo no novo regime de venda de álcool aprovado e considera que o executivo deu “um sinal errado”, ao fazer a distinção entre “álcool bom e álcool mau”.

“Fiquei surpreendido pelo recuo do Governo”, disse ao PÚBLICO o ex-líder do CDS, a propósito da alteração à lei aprovada no Conselho de Ministros da semana passada que subiu para 18 anos a idade mínima para comprar bebidas espirituosas, mas manteve os 16 anos para se poder consumir vinho e cerveja. O regime não foi tão longe como a proposta inicial do Governo, que previa a subida da idade mínima de compra e consumo de bebidas alcoólicas para os 18 anos. A intenção foi, na altura, criticada pela direção do CDS, que pretendia manter o atual limite. Como presidente da Associação Nacional de Cervejas, António Pires de Lima, também presidente do conselho nacional do CDS, deu a cara pela contestação à medida, qualificando-a como um “disparate”.

Agora, a diferenciação entre bebidas merece críticas por parte do deputado centrista. “Álcool bom e álcool mau é um sinal errado que o Governo dá e que contrasta com tudo o que é ensinamentos internacionais”, afirma Ribeiro e Castro, que enquanto presidente da Comissão Parlamentar de Educação, já recebeu

pedidos de audiência por parte de associações de pais, preocupadas com as alterações aprovadas.

O deputado disse esperar que "a lei seja melhorada no debate parlamentar e que não ceda a lobbies de ocasião". "O único interesse que tem de prevalecer é o da saúde pública", sublinhou.

A bancada do CDS está disposta a dar liberdade de voto aos deputados, já que a matéria não constava do programa de Governo nem dos programas eleitorais com que se apresentaram às legislativas de 2011. Ribeiro e Castro não revela, para já, como irá votar o diploma.»

Jornal Público, 26-02-2013 - Ribeiro e Castro contra "álcool bom e álcool mau". Pg. 10. Escrito por Sofia Rodrigues

«Legislação 'foge' à AR

Lei foi duas vezes à mesa do Conselho de Ministros antes de obter consenso.

O Governo decidiu aprovar as novas regras para consumo e venda de álcool através de decreto-lei, evitando a discussão e votação na Assembleia da República. Tenta, assim, contornar uma nova 'guerra' que já se adivinhava na coligação do Governo.

O CDS é muito crítico da nova legislação e ameaçava votar contra. O líder parlamentar do partido, Nuno Magalhães, admitiu mesmo dar liberdade de voto aos seus deputados, alegando que nem sequer tinha sido matéria acordada em programa de Governo. O grupo parlamentar do PSD ficou preocupado com as consequências de uma divisão na maioria, à conta de um assunto considerado menor. «Isto podia abrir um precedente grave», disse ao SOL fonte da direção da bancada do PSD. Só nos últimos dias, porém, é que os dois partidos perceberam que o Governo optara por uma solução que não obriga a votações parlamentares. É que o comunicado do Conselho de Ministros da semana passada referia a aprovação de uma proposta de lei sobre a taxa de alcoolémia dos condutores e «um novo regime de disponibilização, venda e consumo de bebidas alcoólicas em locais públicos». «Não passará por aqui, a não ser que algum partido peça a apreciação parlamentar do decreto», lembrava ao SOL um deputado da maioria. Até agora, nenhum partido admite fazer esse pedido. Se o assunto fosse ao Parlamento, a divisão não seria só no PSD e no CDS. Entre os grupos parlamentares há posições diferentes. Para Hélder Amaral, do CDS, trata-se de uma medida «proibicionista», que não merece o aplauso dos centristas. Manuel Pizarro, do PS, considera, por seu lado, que as novas regras que diferenciam o vinho e a cerveja das restantes bebidas é «a pior possível» e «um erro técnico clamoroso».

Saúde prometera 18 anos

No Governo, este decreto originou várias discussões, que opuseram os responsáveis da Saúde aos da Economia e da Agricultura, mais preocupados com o impacto económico da iniciativa. E obrigou a um recuo de última hora. Três semanas antes da aprovação do decreto, o secretário de Estado adjunto do ministro da Saúde, Leal da Costa, prometeu a subida para 18 anos da idade mínima de venda de todo o tipo de álcool. As novas regras foram discutidas em dois conselhos de ministros antes de obterem luz verde. E verificou-se, afinal, que o Governo cedeu aos interesses da indústria do sector, em que António Pires de Lima, presidente da UNICER e dirigente do CDS, foi uma das vozes principais da contestação.»

SOL, 01-03-2013 - Cerveja reina entre os jovens. Pg. 16 e 17. Escrito por Rita Porto.

Análise:

Existiu um conhecimento razoável, por parte dos atores políticos, sobre as políticas do álcool, os níveis de investimento, o funcionamento das instituições responsáveis e as dificuldades encontradas para a aplicação de estratégias e planos. Todavia, as iniciativas surgidas no seio da AR e a participação dos partidos nas políticas do álcool foi relativamente reduzida ou pontual neste período, normalmente reativa e solicitadora de esclarecimentos. Permaneceu destacada a posição defendida pelo PCP de um maior e melhor investimento nos serviços de saúde, recursos humanos e meios nesta área. Os demais partidos são pontuais nas iniciativas e intervenções e parcos nas ações políticas, conciliando a sua agenda política com os interesses em causa e com o papel de apoio ou oposição ao Governo.

- **Indústria do Alcool: subsídios após o período de aprovação do PNRPLA**

- 1º Período: XVIII Governo Constitucional - PS (26/10/2009 - 21/06/2011)

A Indústria do Alcool desenvolve uma ação enérgica na tentativa de influenciar a posição do Governo nas políticas do álcool. As suas intervenções junto de instâncias políticas e organismos públicos, bem como participações fóruns sociais como o FNAS comprovam

esse investimento, que continuou ativo neste período e se desenvolveu no campo de parcerias ativas com a Administração Pública de Saúde responsável pelos PLA.

No início de 2011, a Associação Nacional de Empresas de Bebidas Espirituosas (ANEBE) desenvolveu mais um colóquio na Assembleia da República, subordinado ao tema “os jovens, o álcool e segurança rodoviária”, com a participação dos outros sectores da produção e da distribuição, nomeadamente da Associação dos Comerciantes e Industriais de Bebidas Espirituosas e Vinhos (ACIBEV), da Associação Portuguesa dos Produtores de Cerveja (APCV) e da *The Brewers of Europe*. O evento envolveu deputados de diferentes partidos e comissões parlamentares e altos quadros da administração pública numa apresentação que procurou evidenciar a importância do setor na economia do país e do papel da Indústria nas políticas do álcool.

«A sessão de abertura contou com as participações do Vice-Presidente da Assembleia da República, José Vera Jardim, do Presidente da Comissão Parlamentar de Obras Públicas, Transportes e Comunicações, José Matos Correia, do Presidente da Comissão Parlamentar de Educação e Ciência, Luiz Fagundes Duarte e da Deputada Carla Barros, da Comissão Parlamentar de Saúde.

A primeira comunicação coube ao Presidente da Direção da Associação Nacional de Empresas de Bebidas Espirituosas (ANEBE), Juan Francisco Pérez, que dissertou sobre a Importância da Responsabilidade Social para o Sector das Bebidas Espirituosas, seguindo-se a apresentação da campanha “Vinho Com Moderação”, por parte do Diretor da Associação dos Comerciantes e Industriais de Bebidas Espirituosas e Vinhos (ACIBEV), George Sandeman.

(...) As comunicações continuariam do lado da produção, com Alberto da Ponte, Presidente da Associação Portuguesa dos Produtores de Cerveja (APCV) e da The Brewers of Europe, a falar sobre O sector cervejeiro e os jovens “Um consumo consciente e moderado”. Começando por evidenciar alguns indicadores estatísticos nacionais relativos à produção e ao consumo, que ajudam também a perceber a importância do sector para a economia e empregabilidade direta e indireta gerada no país, Alberto da Ponte referiu dados como a produção total anual de cerveja em Portugal: 8 milhões, 210 mil hectolitros, dos quais, 25 por cento se destinam à exportação, área em que Portugal se afirma como o nono maior europeu. O consumo total de cerveja em Portugal, de acordo com Alberto da Ponte, é de 6 milhões e 200 mil litros por ano, o que resulta numa média de 61 litros per capita. De referir ainda que o sector representa um milhão e 20 mil euros de contribuições para o PIB por ano e que a indústria gera, direta e indiretamente, 72 mil e 900 empregos e 973 milhões de euros em contribuições e impostos. (...)

Referindo-se ao papel social evidenciado pelo sector no que concerne à promoção de um consumo mais moderado, o Presidente da APCV e da The Brewers of Europe recordaria a assinatura, em Abril de 2007, do Código de Autorregulação, um ato que traduziu “um compromisso do sector em ir mais além da atual legislação, nomeadamente no que concerne a aspetos éticos da publicidade e a comunicação e outras ações dirigidas a grupos de risco”. O prestigiado gestor congratulou-se por pertencer a “um sector que, voluntariamente, se predispôs à pré-visão dos anúncios que produz por parte do ICAP”, reclamando a importância que o mesmo assume no país relativamente à decisão de um consumo moderado por parte da população. Por fim, Alberto da Ponte apresentou algumas iniciativas promovidas pela APCV que visam a sensibilização das famílias para o problema do underage drinking (...)

A sessão contou ainda, na sessão de encerramento com a participação do Presidente da Subcomissão Parlamentar de Segurança Rodoviária, Jorge Fão e de Rui Pereira, Ministro da Administração Interna. (...)»

Dependências, Março de 2011 - Os jovens, o álcool e segurança rodoviária na agenda das preocupações da Assembleia da República. Pg. 4-8.

Esta reedição de um evento que a ANEBE já promovera outras vezes antecedeu a formalização do FNAS que já existia desde 2009. A afirmação da influência da Indústria do Álcool junto do poder político serviu para demonstrar que deveriam ser um parceiro privilegiado.

Na formalização do FNAS, a afirmação da importância maior da participação da Indústria do Álcool no FNAS era verbalizada pelo responsável do IDT. Os responsáveis do IDT se empenharam para que a Indústria do Álcool estivesse presente no FNAS, desde que o

Fórum Europeu teve início, em 2007/2008, onde estes atores tiveram oportunidade de trocar impressões²⁷².

« (...) Para o presidente do IDT é necessário salientar o sucesso já alcançado com o FNAS e a mobilização que esta plataforma conseguiu gerar nos diversos sectores da sociedade portuguesa, facto atestado pelo elevado número de entidades que subscreveram a carta de compromisso. "Trata-se de uma dinâmica impressionante, capaz de exceder mesmo as nossas melhores expectativas", declara João Goulão. O coordenador nacional para os problemas da droga, das toxicodependências e do uso nocivo do álcool frisou, sobretudo, "a participação empenhada de instituições que se dedicam, legitimamente, ao fabrico de bebidas alcoólicas e que representam um sector de enorme relevância para a economia nacional". (...)»

*JMfamilia.com, 17-12-2010 - APMCG junta-se a esforço concertado e assina carta de compromisso. On line.
Escrito por Tiago Reis*

Os compromissos assumidos pelos representantes da Indústria do Álcool no FNAS foram eminentemente nas suas áreas de eleição e que correspondiam a redução de danos na condução automóvel e na promoção do consumo de bebidas alcoólicas como um ato cultural e tradicional, mas com "responsabilidade" ou "moderação". Por outro lado, afirmavam desde o início na comunicação social que o consumo tinha vindo a reduzir e se tornar mais saudável, devendo as políticas do álcool se centrarem naqueles que abusam do álcool e provocam danos a sociedade.

«Portugal continua a ser um dos maiores consumidores mundiais de bebidas alcoólicas. E se ao longo dos anos as quantidades ingeridas têm diminuído, os excessos continuam preocupantes. (...)

Hoje de manhã, é assinada, em Loures, a Carta de Compromisso do Fórum Nacional Álcool e Saúde. Cerca de 40 entidades, ligadas à produção de bebidas alcoólicas, sociedade científica, marketing e publicidade, prevenção e sensibilização, vão apresentar projetos para reduzir problemas ligados ao álcool. (...)

De acordo com dados do Instituto Nacional de Estatística, o consumo de vinho diminuiu cerca de 33 por cento desde 1992, ano em que foi de 600,5 milhões de litros. Já no que diz respeito à cerveja, registou-se, no ano passado, o menor consumo por habitante, desde pelo menos 2003, com 59 litros, segundo estatísticas da Brewers of Europe (associação que representa cervejeiras de 15 países da União Europeia). No sector das bebidas espirituosas, a quebra no consumo começou a fazer-se sentir no final da década de 90 e, este ano, as empresas queixam-se de uma grande redução.

Num país que, em 2003, se encontrava, segundo dados do World Drink Trend de 2005, no 8.º lugar, a nível mundial, em termos de consumo de álcool, os hábitos estão a mudar, acreditam responsáveis ligados ao sector. Francisco Gírio é secretário-geral da Associação Portuguesa dos Produtores de Cerveja: "Não existe aumento de consumo de álcool em Portugal desde há muitos anos", afirma. "O consumo de cerveja tem vindo lentamente a diminuir, em média dois a três por cento ao ano." Como explicação para o fenómeno, aponta "as políticas públicas, que existem no sentido da prevenção do consumo abusivo de álcool" e que se têm refletido "na forma de beber dos portugueses". O responsável acredita que os padrões de consumo de bebidas alcoólicas estão a tornar-se "mais saudáveis", com os portugueses a beberem de forma mais moderada. "Não se abusa das bebidas como há 20 ou 30 anos".

O secretário-geral da ANEBE acredita que a tendência para o decréscimo, mais pronunciado desde 2006, se deve ao facto de as pessoas beberem "cada vez com maior preocupação em relação à sua saúde". A crise também terá a sua quota-parte de responsabilidade. "As pessoas estão preocupadas com as suas finanças" e não gastam tanto dinheiro com bebidas alcoólicas.

Para a diminuição do consumo de vinho, Ana Sofia Oliveira, diretora de marketing da ViniPortugal, encontra várias explicações. "A geração dos nossos pais e avós tinha o vinho integrado nos hábitos alimentares e isto já não acontece com as gerações mais novas". Para além disso, o facto de se associarem ao vinho as campanhas de prevenção de abusos no consumo também contribui para a descida. "Quando se fala no abuso de álcool, a imagem que é associada é a de um copo de vinho."

O consumo de bebidas alcoólicas deverá continuar a diminuir. "Este fenómeno é geral em toda a Europa", afirma Francisco Gírio. De acordo com o jornal The Guardian, 2009 foi o ano em que se registou em Inglaterra a maior descida no consumo de álcool desde 1948. Os ingleses estão a beber 13 por cento menos desde 2004. Mário Barreto acredita que a indústria vai continuar numa "situação negativa, que, até ao final

²⁷² Documentos de trabalho, recolha de informação e notas de campo de observação participante junto do IDT/SICAD e do FNAS.

de 2011, se vai agravar".»

Público, 30-11-2010 - Há mais portugueses a não consumir álcool, mas os que "bebem, bebem muito". Pg. 1 e 12. Escrito por Jeniffer Lopes.

«Apesar de os últimos dados sinistralidade rodoviária serem mais animadores, segundo a Associação Portuguesa dos Produtores de Cerveja (APCV), o problema de conduzir com teor de álcool no sangue continua a ser preocupante. Para isso, Alberto da Ponte, presidente da associação, em entrevista ao Jornal do Centro de Saúde, aponta algumas das iniciativas que visam combater o abuso e implementar medidas de informação e educação para a população em geral.

Fundada em 1986, a APCV representa as empresas que, em território nacional, exerçam a indústria da produção e/ou enchimento de cerveja. Colabora ativamente no Plano de Redução dos Problemas Ligados ao Álcool 2010-2012, através do Instituto da Droga e da Toxicodependência, visando promover iniciativas no âmbito da responsabilidade social. O objetivo? "O combate ao abuso do consumo de bebidas alcoólicas e consequente efeito nefasto para a saúde pública. É um plano meritório que procura atacar a raiz do problema, através de medidas de médio e longo prazo, mas consideradas mais eficazes, nomeadamente através da informação, educação (aos pais, nas escolas e na sociedade em geral), e formação profissional dos agentes envolvidos", esclarece o Dr. Alberto da Ponte, presidente da APCV.

Na verdade, torna-se essencial distinguir entre o consumo moderado de álcool e o excesso de consumo. "Indivíduos adultos e saudáveis que consomem moderadamente, o que significa 2 a 3 imperiais diariamente, não correm o risco, reconhecido pela própria Organização Mundial da Saúde, de criar qualquer dependência nem alterações de comportamento que incluam violência. Esse tipo de comportamento é característico de indivíduos que sistematicamente abusam no consumo de álcool de forma intensa e que urge prevenir e combater", defende o presidente da APCV, considerando que a indústria de bebidas "é parte integrante dessa solução". A associação, no seu papel de representante do sector, "possui uma estratégia abrangente de responsabilidade social que passa pelos jovens, pelas grávidas, pela condução ou pelo consumo excessivo, lançando todos os anos iniciativas de informação e educação relacionadas com um ou mais dos eixos acima referidos", diz-nos Alberto da Ponte.

FORMAR E EDUCAR

Os dados que a APCV possui "apontam para uma diminuição da sinistralidade rodoviária acentuada em Portugal nos últimos anos, mas reconhecemos que existe um problema de ingestão de bebidas alcoólicas e condução que urge combater". A posição da APCV é muito clara, pois "promove ativamente a mensagem de que se vai conduzir não deve beber qualquer bebida com álcool, incluindo a cerveja, a não ser que opte por cerveja sem álcool. Naturalmente que os períodos festivos, em que os portugueses estão mais propensos a ingerir bebidas alcoólicas, são de maior risco, daí ser muito importante a existência de campanhas de sensibilização e educação", alerta o representante desta associação.

A cerveja é a bebida de menos teor em álcool existente no mercado, "devendo ser consumida sempre com moderação para poder ser apreciada. É a bebida ideal para convívio e socialização, característica do período festivo que se aproxima". Mais uma vez se apela ao bom senso! "Há que não beber excessivamente, evitar bebidas de forte teor alcoólico, e, se conduzir, não ingira álcool de todo", acrescenta.

Entre outras iniciativas, a APCV irá lançar, no início de 2011, uma grande campanha de informação e educação dirigida aos pais e famílias relacionada com o problema do underage drinking, ou seja, o consumo ilegal de bebidas alcoólicas por menores de 16 anos de idade. "Este é claramente um problema da sociedade que não se resolve com leis mas com formação e educação", conclui o presidente da APCV.»

Jornal do Centro de Saúde, 01-12-2010 - Sensibilizar para a moderação do consumo de álcool. Pg. 14.
Escrito por Cláudia Pinto.

A Sogrape Vinhos tornou-se membro fundador do Fórum Nacional Álcool e Saúde ao assinar a carta de compromisso de adesão a esta nova estrutura promovida pelo Instituto da Droga e da Toxicodependência.

O objetivo é criar, a nível nacional, uma plataforma representativa de todas as partes interessadas da sociedade civil que se comprometam a reforçar as ações necessárias à minimização dos danos provocados pelo consumo nocivo de álcool.

Diário Económico, 06-12-2010 - Sogrape torna-se membro fundador do Fórum Nacional Álcool e Saúde. Pg. 28

Este tipo de discurso presente nos operadores da Indústria do Álcool, agora inseridos no conjunto dos consultores do Governo em políticas do álcool, ao invés de produtores e agentes comerciais setoriais, incorporou-se aos poucos no contexto especializado e público. Defendendo a sensibilização e educação dos consumidores como solução para o

problema, e promovendo uma redução dos danos associados ao consumo excessivo de grupos minoritários, transmitem sub-repticiamente uma estratégia utilizada internacionalmente de implementar nos consumidores uma atitude responsabilizadora, em detrimento da responsabilidade da Indústria e do seu marketing agressivo, bem como de proteger a imagem da Indústria do consumo danoso de álcool, substituindo-o por um consumo associado à saúde, prazer e maturidade.

- 2º Período: XVIII Governo Constitucional – PSD/CDS (21/06/2011- 30/10/2015)

Por vezes os interesses de setores da Indústria do Álcool se aproximam dos do Governo e da Saúde Pública, mas muitas situações em que tal ocorre servem mais para a negociar outros interesses da Indústria do Álcool que da Saúde Pública.

A proposta de alteração legislativa para o aumento da idade mínima de venda e consumo de bebidas alcoólicas para os 18 anos, anunciada no final de 2011, gerou alguns apoios dos operadores da Indústria do Álcool mas também uma série de críticas dos representantes dos estabelecimentos de diversão noturna, algumas bastante objetivas e referentes a ordenamento do setor e do espaço público. Essas críticas continuariam a ser repetidas, sem que houvesse resposta concreta para os problemas discutido e mesmo para a legislação anunciada até o início de 2013²⁷³.

A Associação de Bares do Porto (ABZHP) pediu na passada sexta-feira à PSP que elabore um relatório sobre o botellón na Baixa da cidade, tendo em vista uma alteração legislativa que limite as consequências do fenómeno. A sugestão sobre a avaliação da PSP ao consumo de álcool nas ruas do Porto terá sido dada à associação pelo secretário de Estado da Administração Interna, revelou à agência Lusa António Fonseca, presidente da ABZHP. "Na reunião que tive com o secretário de Estado da Administração Interna por causa da videovigilância, abordei a questão da movida e foi-me dada a indicação para pedir à PSP que elabore uma avaliação das implicações do botellón ao nível da segurança", descreveu António Fonseca. O objetivo é conseguir que o Governo legisle no sentido de proibir o consumo de álcool na rua. "Foi-me dito que, se o relatório for feito, o próprio secretário de Estado tentará legislar nesse sentido", assegurou. Já em Outubro de 2010 a ABZHP defendeu que só uma "lei nacional" que impeça o consumo de álcool na rua poderá acabar com o "vandalismo" associado à nova movida da Baixa.

Metro / Porto, 24-10-2011 - Bares pedem relatório. Pg. 3. Escrito por LUSA

Mudança. A partir do próximo ano, menores de 18 não poderão comprar nem consumir álcool

A falta de fiscalização nas ruas para controlar menores alcoolizados é o grande obstáculo à alteração da idade mínima permitida para compra e consumo de álcool de 16 para 18 anos. O secretário de Estado da Saúde, Fernando Leal da Costa, anunciou no sábado que, a partir de 2012, os jovens com menos de 18 anos ficarão proibidos, por lei, de consumir e comprar bebidas alcoólicas.

"Concordamos com a medida, mas vai ser muito difícil de cumprir. Até porque o fruto proibido é sempre o mais apetecido", defende Francisco Tadeu, da Associação Nacional de Discotecas e Bares, ao DN. "É uma medida muito teórica, porque não basta proibir, tem de haver forma de fiscalizar na via pública quem é que está realmente a beber, porque muitos jovens maiores de idade compram bebidas para os amigos", diz o empresário. "Quem é que está lá para fazer a fiscalização na via pública, já que quando chamamos a polícia para parar com os desacetos, muitas vezes não aparece?" questiona o responsável.

Manuel Cardoso, do Instituto da Droga e Toxicod dependência (IDT), defende que "a mudança da lei não é suficiente, têm de haver condições para a aplicar e fiscalizar no terreno. Senão não vale a pena", explica. "As entidades como a ASAE, a PSP e a Direcção-Geral das Atividades Económicas têm de estar mesmo atentas", avisa o vogal do Conselho Diretivo do IDT. (...)

Francisco Tadeu entende que o que o que não faz sentido é permitir que um jovem trabalhe "num bar com 17 anos, mas vai passar a ser proibido beber. Qual é a lógica disto?" Apesar de concordar com a medida, o representante de bares lembra que a animação noturna já está em crise e que poderá ficar pior.

Jornal Diário Notícias, 21-11-2011 - Falhas na fiscalização ameaçam nova lei do álcool para menores. Pg. 15. Escrito por Filipa Ambrósio de Sousa.

²⁷³ *Jornal Público, 05-02-2013 - Nova lei será ineficaz se menores não forem penalizados por se embriagarem na rua. Pg. 13. Escrito por Natália Faria.*

A partir de Março de 2012 e durante todo o ano de 2012, os anúncios do MS sobre as mudanças legislativas de aumento da idade de venda e consumo de bebidas alcoólicas dos 16 para os 18 anos, bem como de redução da TAS para condutores recém-encartados dos 0,5 g/l para os 0,2 g/l ocorreram sistematicamente, mas as ações para as concretizar não se desenvolviam, apesar de ser dito que o trabalho estava em andamento e em estado avançado por várias ocasiões.

As ONGs apoiaram todas as medidas que já defendiam há muito. As organizações representativas da Indústria do Álcool e seus operadores, a partida, mostraram-se favoráveis mas descrentes e questionaram a sua aplicação, identificando lacunas e falhas possíveis que não permitiriam melhores resultados. Com o passar do tempo sem uma tomada de decisão do Governo e com o agravar dos problemas existentes de cumprimento da lei e fiscalização, os operadores começaram a considerar desadequado o momento de agir. Quando se defrontaram com potenciais restrições à disponibilidade e venda de bebidas alcoólicas, a reação da Indústria do Álcool se tornou mais contestatória.

«A Venda de bebidas alcoólicas vai ser proibida a menores de 18 anos. O anúncio foi feito, ontem, pelo secretário de Estado para a Saúde, Fernando Leal da Costa, que avançou, ainda, a alteração do limite da taxa de alcoolemia nos jovens e recém-encartados, revelando que baixará dos 0,5 para os 0,2 gramas de álcool por litro. "Há dados que mostram que há sete vezes mais mortalidade em condutores, abaixo dos 20 anos, quando conduzem com 0,5 gramas", justificou Leal da Costa. (...)

Também a Associação Nacional de Discotecas (AND) considera que proibir o álcool a menores de 18 anos é uma "medida positiva", mas lembra que são precisas outras correções. "Teremos que alterar a lei da idade mínima para entrar nos estabelecimentos, porque tudo isto é fácil de dizer mas, depois, é muito difícil de executar», disse, em declarações à TSF, o presidente da AND, Francisco Tadeu.»

Jornal Notícias, 18-03-2012 - Álcool só a partir dos 18 anos. Pg. 9. Escrito por Leonor Paiva Watson /LUSA

«A intenção do governo de proibir o álcool a menores de 18 é "perversa", "imprudente" e vai "agravar os excessos". Em vez de conseguir travar os abusos, a medida, a avançar, "vai fazer disparar o consumo desalmado de álcool" entre os menores. A opinião é de António Fonseca, presidente da Associação de Bares da Zona Histórica do Porto (ABZHP), que tenciona tomar uma posição oficial nos próximos dias contra a intenção do governo de permitir a venda de álcool só a quem tiver mais de 18, e não 16, como atualmente.

A Associação acusa mesmo o governo de avançar "no timing errado". "Há cada vez mais menores a beberem álcool nas ruas. Ao limitar a idade, numa altura de crise, e com o fenómeno crescente do "botelhão", "o tiro vai sair pela culatra", avisa António Fonseca "Num bar é mais fácil travar os excessos. Há mais fiscalização e com cinco euros só se consegue beber duas ou três bebidas."»

Jornal I, 19-03-2012 - Álcool. Proibição a menores "vai aumentar o consumo desalmado". Pg. 1, 16 e 19. Escrito por Nelson Pereira.

«"Se querem resolver o problema, criem a lei do álcool, que obrigue qualquer estabelecimento a ter uma licença específica para venda de bebidas alcoólicas e preveja penalizações em caso de vendas a menores", adiantou à agência Lusa António Fonseca, presidente da Associação de Bares da Zona Histórica (ABZHP).O responsável revelou que vai enviar "um pedido de reunião ao secretário de Estado da Saúde" para expor a opinião da associação e apresentar a sua proposta, que passa também pelo "reforço da fiscalização na rua e nos estabelecimentos".

(...) "Se é para travar os excessos, isto não resolve o problema. Provavelmente, o efeito será perverso. O Governo deve pensar duas vezes, porque nós temos a solução", alerta António Fonseca. Fonseca explicou: "O proprietário do café, bar ou discoteca que venda álcool a menores fica sem a licença de venda de álcool durante um tempo. Ou o proprietário que venda sem licença fica com o estabelecimento encerrado. (...)

Se não querem arranjar bodes expiatórios, criem essa lei para responsabilizar os estabelecimentos. Se não cumprirem, que sofram as consequências". O presidente da ABZHP lembra que "há quatro anos" a alteração chegou a estar prevista e que, num debate que juntou o Instituto da Droga e Toxicod dependência e a CONFAP (Confederação Nacional das Associações de Pais), concluiu-se que resolver o problema "passa mais pela sensibilização do que por medidas por decreto".

Atualmente, diz António Fonseca, o problema ainda é mais grave, devido ao fenómeno do 'botellon', que leva ao consumo e venda de bebidas alcoólicas na rua. "No atual cenário, uma medida como a que o

Governo defende, em vez de evitar, vai aumentar o consumo de álcool. Proibir não é a solução. O mais velho pode ir dentro do estabelecimento e trazer a bebida para o mais novo, que ninguém controla. Se já antes era difícil fiscalizar, agora ainda mais", defende. Para António Fonseca, "o 'timing' do Governo é inadequado e demonstra falta de conhecimento".

Correio da Manhã última hora, 21-03-2012 - Proibir venda de álcool a menores de 18 anos terá "efeito perverso". Online.

«As empresas de bebidas espirituosas concordam com as propostas do Governo de não permitir a venda de álcool a menores de 18 anos e de baixar os limites de alcoolemia nos recém-encartados, mas tem dúvidas sobre a sua aplicação.

O secretário-geral da Associação Nacional de Empresas de Bebidas Espirituosas, Mário Moniz Barreto, considera que é o "encorajar ao regresso de um modelo mais equilibrado de consumo, o do Sul da Europa". Por isso, as empresas estão de acordo, embora considerem que "será no mínimo desafiante acompanhar a fiscalização desta medida". É que "temos consciência de que, por vezes, nem a idade dos 16 anos é respeitada na noite". Resta, por isso, "apurar se estão criadas as condições para que esta mudança legislativa seja eficaz".»

Jornal Notícias, 20-03-2012 - Limites à venda de álcool bem recebidos. Pg. 8.

«Os responsáveis pelo sector das bebidas alcoólicas manifestaram-se hoje contra a intenção de proibir a venda e consumo de bebidas alcoólicas em postos de combustível e, depois da meia-noite, em determinados estabelecimentos. O Governo anunciou recentemente que vai subir a idade mínima para a compra de álcool dos 16 para os 18 anos e que a taxa de alcoolemia será reduzida dos 0,5 para os 0,2 g/l nos condutores mais jovens.

A proposta de alteração ao decreto-lei de 2002 foi concebida por um grupo de trabalho interministerial composto por representantes dos sectores das bebidas alcoólicas, das áreas da saúde e da educação, que estão, durante o dia de hoje, reunidos em Loures, no Fórum Nacional Álcool e Saúde.

Apesar da proposta ser conjunta, há quem esteja contra algumas das medidas. Os representantes do sector das bebidas alcoólicas contestam a proibição de venda e consumo de bebidas alcoólicas em postos de combustível e são igualmente contra a intenção de aplicar a mesma proibição, depois das 24 horas, em espaços que não sejam restaurantes nem estabelecimentos de bebidas.

"Os representantes dos vinhos portugueses não podem deixar de estar contra as restrições à venda", disse aos jornalistas Isabel Ramana, da Associação de Empresas do Vinho do Porto, que defende que "não é pela repressão que se acaba com o abuso", mas sim pela "educação".

A responsável lembrou que medidas como estas podem ter um impacto negativo no sector ao provocar "uma diminuição do consumo moderado do vinho". Já a principal alteração ao decreto-lei aprovado há dez anos – que passa pelo aumento da idade de proibição da venda de álcool dos 16 para 18 anos – é consensual.

"Em geral concordamos com as alterações propostas. A subida da idade para o consumo e compra é muito consistente", afirmou George Sandeman, da Sogrape Vinhos, lembrando, no entanto, que não basta criar legislação é também necessário apostar na fiscalização.

"A seguir à legislação vem a fiscalização. Atualmente já falta fiscalização, o que permite que os menores de 16 anos continuem a comprar e a consumir. É preciso mais fiscalização e mais sensibilização dos pais", defendeu George Sandeman. No ano passado foram instaurados apenas 25 processos de contraordenação por venda e consumo de álcool a menores de 16 anos em locais públicos, informou, no final do ano passado, o presidente do então Instituto da Droga e da Toxicodependência, João Goulão, sublinhando que aquele dado era a prova da ineficácia da fiscalização e de que pouco serve subir a idade legal para 18 anos, se não houver mudanças na área.»

Jornal Público Última Hora, 10-04-2012 - Sector contra proibição de venda de álcool em postos de combustível e noutros locais após meia-noite. Online.

«Limite máximo desce para 0,2 nalguns casos. Código da Estrada é revisto até ao final do ano

Governo prepara-se para avançar até ao final do ano com uma redução da taxa de alcoolemia de 0,5 para 0,2 gramas de álcool por litro de sangue no caso dos condutores recém-encartados e de profissionais como motoristas de ambulâncias, transportes públicos ou de mercadorias. O secretário de Estado da Administração Interna, Filipe Lobo d'Ávila, adiantou ao Expresso que esta redução corresponde "ao regime previsto na maioria dos países da União Europeia" e "está a ser estudada" no âmbito da revisão do Código da Estrada, cujas alterações deverão entrar em vigor até dezembro. (...)

Jornal Expresso, 11-08-2012 - Taxa de álcool baixa para jovens condutores. Pg. 1, 16 e 17. Escrito por Joana Pereira Bastos.

Em meados de 2012, apareceu um primeira voz que se posicionava contra a proposta de aumento irrestrito da idade mínima de venda e consumo para 18 anos. O representante da Associação Portuguesa de Produtores de Cerveja (APCV) e deputado do CDS/PP, Pires de Lima, apresentava publicamente uma contraproposta de diferenciação de idade mínima de venda para as bebidas espirituosas (18 anos) e para a cerveja e o vinho (16 anos), mantendo assim os limites existentes para as bebidas alcoólicas mais consumidas em Portugal, inclusive pelos jovens.

A reação discordante da Associação Nacional de Empresas de Bebidas Espirituosas (ANEBE) foi imediata e criou uma cisão entre representantes da Indústria do Alcool em geral e a Indústria cervejeira. A maioria dos representantes da Indústria do Alcool havia aceitado anteriormente a orientação do Governo e do PNRPLA sobre o aumento da idade para os 18 anos. Todavia, a posição de Pires de Lima e da APCV iria marcar toda a agenda política futura sobre as alterações a legislação de venda a menores.

«Secretário-geral reprova distinção entre "álcool mais perigoso e menos perigoso"»

O secretário-geral da Associação Nacional de Empresas de Bebidas Espirituosas (ANEBE) ficou "surpreendido" com a proposta de António Pires de Lima de haver uma distinção entre bebidas alcoólicas para a idade legal de 16 para 18 anos.

Mário Moniz Barreto defende que não existe álcool "mais ou menos perigoso", rebatendo a proposta do presidente da Associação Portuguesa de Produtores de Cerveja que defendeu que a idade legal para o consumo de vinho e cerveja deve ser diferente da das bebidas espirituosas e manter-se nos 16 anos.

"Ficamos um pouco surpreendidos, até porque colaboramos ativamente com a Associação de Produtores de Cerveja em torno da consciencialização em relação à questão da idade para a aquisição de bebidas alcoólicas passar para os 18 anos", refere Mário Moniz Barreto.

O secretário-geral da ANEBE, em declarações à Lusa, adianta que "os problemas relacionados com o abuso ou com o consumo excessivo ou com o consumo irresponsável de bebidas alcoólicas não tem a ver com o tipo de bebida em si mas sim com a bebida em geral". (...)

A ANEBE, segundo o seu secretário geral, não quer passar "a mensagem de que há um álcool ideal para introdução, o que há é bons comportamentos e maus comportamentos em relação às bebidas alcoólicas", perante a proposta de António Pires de Lima, a distinção entre "álcool mais perigoso e menos perigoso" não poderá "estar ligada ao teor alcoólico da bebida em si", já que se pode passar a mensagem "aos mais jovens de que há um álcool para adultos e para menos adultos, o que leva a que os jovens desejem mais o álcool para adultos".

O representante das bebidas espirituosas refere que é a favor "da elevação da idade para a aquisição de bebidas alcoólicas dos 16 para os 18 anos", pois "é uma medida que fará todo o sentido desde que seja para todas as bebidas alcoólicas e não discriminando entre elas porque aí sentimos que o efeito será exatamente o oposto que a lei pretende atingir".

António Pires de Lima mostrou-se na quarta-feira preocupado com as medidas "proibicionistas" que o Governo quer adotar, sublinhando que "não se deve misturar a cerveja e o vinho" na legislação que se pretende aplicar às bebidas de álcool destilado, e defendeu a manutenção da atual idade legal para os primeiros dois casos, até porque essa é uma prática que já existe.

"Se [os jovens não beberem bebidas alcoólicas] antes dos 18 anos, serão seguramente casos estranhos. Preocupa-me haver ministros que não experimentaram o que é beber uma cerveja antes dos 18 anos", acrescentou.

O Governo está a analisar medidas para diminuir o consumo de álcool que incluem o aumento da idade legal de 16 para 18 anos, a proibição de venda de bebidas em gasolinhas entre as 00:00 e as 07:00 e a diminuição da taxa de alcoolemia máxima de 0,5 para 0,2 gramas por litro para os condutores encartados há menos de dois anos.»

Sapo LifeStyle, 08-06- 2012 - Associação bebidas espirituosas critica proposta de Pires de Lima sobre idade legal. Online. Escrito por LUSA.

No final de 2011, a ANEBE já havia contestado também outra medida inserida no Orçamento de Estado de 2012 que aumentava excessivamente as taxas de impostos sobre as bebidas espirituosas (quando o vinho tinha isenções e a cerveja pagava valores

bem inferiores), alegando que, além do imposto desmesurado estimular o contrabando, as bebidas destiladas eram as menos consumidas, mas que pagavam mais impostos. Esta intervenção fez lembrar que, uma das desigualdades de tratamento relativas às bebidas alcoólicas continuava a existir em Portugal, apesar de todas as recomendações europeias para se alterar a alíquota de 0% de taxação sobre o vinho.

«A associação das empresas de bebidas espirituosas está contra o aumento do imposto sobre o álcool proposto por PSD e CDS-PP. Alega que a tributação aumentará as compras transfronteiriças e levará à redução da receita fiscal.

Empresas de bebidas contestam subida do imposto

A ANEBE - Associação Nacional de Empresas de Bebidas Espirituosas - criticou ontem a proposta de alteração apresentada pelos grupos parlamentares do PSD e do CDS-PP, argumentando que o agravamento suplementar da tributação aumentará as compras transfronteiriças, "poderá não reduzir o consumo, acentua distorções no mercado e reduz as receitas fiscais".

Como o Negócios noticiou ontem, o imposto aplicável às bebidas espirituosas - como a vodka ou o whisky - e aos produtos intermédios - como os licores ou o vinho do Porto - vão ter um aumento de imposto de 7%, mais três pontos percentuais do que o inicialmente previsto na proposta de Orçamento do Estado (OE). Para a cerveja o aumento será menor, de 3%, mas também acima dos 2% inicialmente pretendidos pelo Governo. O vinho escapa a qualquer aumento já que, na sua qualidade de produto nacional protegido continua a ser taxado à taxa zero, suportando apenas o selo e outras taxa vitivinícolas.

Em comunicado, a ANEBE sublinha que "um agravamento suplementar em mais de 50% ao previsto no Orçamento poderá significar uma redução geral do consumo das bebidas que mais contribuem para as receitas fiscais arrecadadas e acentuará os fenómenos de 'cross border shopping' e a já de si complicada situação difícil das empresas de bebidas espirituosas".

Segundo os dados da Associação, as bebidas espirituosas representam 3 a 4% do consumo em Portugal, mas representam mais de 50% das receitas fiscais arrecadadas.

"Portugal detém, há muito, um dos níveis fiscais mais penalizadores dentro do grupo de países comunitários do Sul com as taxas mais baixas, pagando atualmente as empresas nacionais taxas superiores às praticadas, por exemplo, em Espanha e aproximando-se da situação aplicável nos países do Norte Europa", lê-se no comunicado. Essas diferenças na tributação face ao país vizinho "tem provocado o crescimento de fenómenos como o 'cross border shopping' ou compras transfronteiriças, que favorecem empresas com sede em Madrid e o agravamento desta situação só virá acentuar ainda mais estes fenómenos".

A Associação lembra que onde há mais elevados níveis de taxação, como na Irlanda e na Escandinávia, o consumo "mais preocupante" até tem aumentado, e adverte para o perigo da transferência de consumos para bebidas alcoólicas mais baratas.»

Jornal Negócios, 25-11-2011 - Empresários contra álcool mais tributado. Pg. 4 e 30

No final de 2012 e início de 2013, diante de uma proposta para a prevenção da Saúde Mental e suicídio do responsável do Programa Nacional para a Saúde Mental, que recomendava o aumento da idade mínima para venda de álcool, mas principalmente o estabelecimento de um preço mínimo que se refletisse num aumento do preço final de venda e de uma proibição relativa às promoções e ofertas de bebidas alcoólicas, a reação negativa dos responsáveis da Indústria do Álcool foram mais veementes, abrangentes e fortes.

O representante da Associação dos Municípios Produtores de Vinho, com grande influência em termos da base dos partidos políticos, foi uma das vozes críticas que procuraram denegrir a ideia de associar o consumo de álcool a qualquer problema mental. A Associação dos Comerciantes e Industriais de Bebidas Espirituosas e Vinhos (ACIBEV) também demonstrou descontentamento e dirigiu cartas aos Ministérios envolvidos. Mas o representante que verbalizou um protesto mais contundente, em nome da Associação Portuguesa de Cervejas, foi Pires de Lima, também deputado do CDS/PP, (partido que fazia parte da coligação do Governo). Pires de Lima viria a se tornar Ministro da Economia do Governo em funções a partir de Julho de 2013. O próprio CDS/PP não demonstrava nenhum apoio às medidas restritivas da venda e consumo de álcool.

É de referir que algumas das propostas enumeradas pelo responsável do Programa Nacional para a Saúde Mental eram as que mais demonstravam evidências científicas de

efetividade para a redução dos níveis de consumo global e apresentavam um maior impacto nos grupos mais desfavorecidos em termos de desigualdades de saúde. Assim, a reação da Indústria se justifica na medida que serviria para defender seus interesses particulares, em oposição aos interesses da Saúde Pública.

«O plano de prevenção ao suicídio tem como propostas o aumento da idade de venda de bebidas alcoólicas (de 16 para 18 anos), a subida do preço e o estabelecimento de um preço mínimo, de forma a controlar o consumo e evitar as "borlas" nos bares. O diretor do Programa Nacional para a Saúde Mental, Álvaro de Carvalho, afirma que "o consumo de álcool aumenta em períodos de crise".

Contudo, os protestos a esta legislação surgiram de imediato. O presidente da Associação Portuguesa de Cervejas, Pires de Lima, considera esta proposta "um absurdo", e transforma o álcool num "bode expiatório".»

Jornal Record, 01-02-2013 - Nova legislação sobe preços. Pg. 34.

«(...) o secretário-geral da Associação dos Municípios Produtores de Vinho, José Arruda, também já veio criticar o "simplismo primário" que imputa aos que pensam que "é colocando restrições ao álcool que se resolve o problema dos suicídios em Portugal" (...)

Logo na altura, Pires de Lima insurgiu-se contra esta proposta "proibicionista". E, (...), o CDS-PP poderá voltar a demarcar-se do parceiro de coligação e travar o avanço das medidas. (...)

Na qualidade de presidente da Associação de Produtores de Cerveja, Pires de Lima diz desconhecer a existência de qualquer "estudo sério que relacione o preço do álcool com uma diminuição das depressões que levam ao suicídio". Mas, acrescenta, "mesmo que tal correlação exista, é disparatado penalizar as 99,99 por cento de pessoas que consomem álcool com moderação pela infinitésima parte dos consumidores que, por razões depressivas, podem consumir álcool e suicidar-se".

"Não é pelo facto de muitos suicidas se atirarem das pontes do Tejo abaixo que vamos impedir o acesso ou aumentar as portagens na ponte", acrescenta, para considerar que "se está, de forma primária, a usar o álcool como argumento para justificar este eventual aumento da taxa de suicídios em Portugal". No mesmo sentido, Pires de Lima lembra que o álcool "não pode servir de bode expiatório", mais ainda quando "o seu consumo, nomeadamente da cerveja, tem vindo a baixar ao longo dos últimos três anos, em Portugal". Combater o mau uso do álcool passa, ainda no entender de Pires de Lima, "pelo investimento na educação dos jovens e pela fiscalização".»

Jornal Público, 01-02-2013 - Proibição de venda de álcool a menores de 18 anos vai avançar. Pg. 1 e 12. Escrito por Natália Faria.

«A Associação dos Comerciantes e Industriais de Bebidas Espirituosas e Vinhos (ACIBEV) defende que um aumento dos preços das bebidas alcoólicas ameaçará a "sustentabilidade" do setor e não significará a pretendida redução do consumo de álcool. O alerta foi enviado aos ministros da Saúde e da Agricultura.»

Jornal Notícias, 09 -02-2013 - Aumentar preço do álcool não impede consumo. Pg. 10.

Depois desse período de todas as discussões e diferenças de opiniões à volta das políticas do álcool, o resultado final da nova lei do álcool, que foi finalmente discutida em Conselho de Ministros em Fevereiro de 2013, ficou decidido que a sua redação final não aumentaria de forma abrangente a idade mínima da venda e consumo para os 18 anos, nem restringiria a venda em postos de abastecimento para além do horário noturno.

Mesmo satisfazendo os interesses de setores importantes da Indústria do Álcool assim, a legislação apresentada recebeu muitas críticas de seus representantes. Pode-se constatar que a posição oficial e pública das organizações setoriais da Indústria do Álcool, nomeadamente ligadas ao setor da cerveja e do vinho, tornou-se claramente contra as alterações em geral, por afetarem o consumo de bebidas alcoólicas, ao contrário da atitude passiva e aceitante, que demonstrou desde a aprovação do PNRPLA 2012/2013 e constituição do FNAS (dos quais eram membros fundadores) até então.

«O Conselho de Ministros discutiu ontem uma versão da nova lei do álcool bem mais tímida do que o previsto. A proposta que ainda será discutida no Parlamento faz, ao contrário do que tinha sido anunciado, uma separação entre o vinho e cerveja e as bebidas espirituosas, reservando a interdição a menores de 18 anos apenas para as últimas (de teor alcoólico mais elevado). Vários especialistas criticaram este recuo e

alguns defendem que se trata de uma cedência a pressões do sector. Sobretudo quando se sabe que o consumo de álcool entre os jovens está a aumentar e que a cerveja é a bebida preferida dos mais novos. (...)

O anúncio confirmava uma intenção manifestada já em Abril de 2012, numa altura em que se falou ainda numa eventual proibição de venda de bebidas alcoólicas nos postos de abastecimento de combustível durante todo o dia e nas lojas de conveniência a partir da meia-noite. O presidente da Associação de Produtores de Cerveja, Pires de Lima, que é também presidente do conselho nacional do CDS-PP, insurgiu-se de imediato contra a proposta "proibicionista".

E quando, recentemente, os especialistas responsáveis pelo plano nacional de prevenção do suicídio defenderam novos limites à venda de álcool, Pires de Lima voltou a qualificar a proposta como "completamente disparatada". O álcool "não pode servir de bode expiatório", defendeu, argumentando que "o seu consumo tem vindo a baixar ao longo dos últimos três anos".

Combater o mau uso do álcool passa, diz, "pelo investimento na educação dos jovens e pela fiscalização". (...)

Jornal Público, 22-02-2013 - CDS vai dar liberdade de voto a deputados na lei do álcool. Pg. 1, 2 e 3. Escrito por Andréa Cunha Freitas

«Uma nova lei do álcool vem trazer várias medidas que vão afetar o consumo de vinho em Portugal. Entre elas, a baixa da taxa de alcoolemia admissível para condutores recém-encartados e condutores de veículos de socorro ou de serviço urgente, de transporte coletivo de crianças e jovens até 16 anos, táxis, veículos pesados de passageiros e mercadorias, ou veículos de transporte de mercadorias perigosas: é este o grupo que vê a taxa máxima de gramas por litro de sangue ser reduzida de 0,5 para 0,2. Foi ainda intenção do diploma cortar o mais possível no abuso de álcool, sobretudo por parte dos jovens. O consumo das bebidas mais alcoólicas - chamadas de bebidas brancas - vodka, whisky, aguardente — está agora reservado a maiores de 18 anos. Ainda assim, manteve-se nos 16 anos a idade mínima legal para a compra e consumo de vinho e cerveja. Mas as médias não acabam aqui: as penalizações aos estabelecimentos que infringem estas regras são agora mais pesadas: o encerramento imediato do estabelecimento durante um período máximo de 12 horas. Depois, além de uma multa que pode ir dos 2.500 aos 30 mil euros, o estabelecimento pode ser encerrado durante um período de até dois anos. Por outro lado, o Governo decidiu também proibir a venda de bebidas entre a meia-noite e as 8h00 fora dos estabelecimentos de restauração, bares e discotecas, assim como portos e aeroportos. Ou seja, as lojas de conveniência, os postos de combustíveis nas autoestradas e fora das localidades não poderão vender álcool durante a noite. Esta lei foi criticada pelo sector do vinho, através de um comunicado conjunto das associações (ACIBEV, AEVP, ANDO- VI, CAP e FENADEGAS). Talvez por isso o Governo tenha recuado na proibição de consumo de vinho aos menores de 18 anos, mantendo a idade de 16 anos.»

Revista de Vinhos, 01-03-2013 - Nova lei do álcool com medidas para cortar abusos. Pg. 117.

«A Associação Portuguesa dos Produtores de Cervejas (APCV) defende-se, garantindo que, caso tivesse avançado a proibição de venda de cerveja até aos 18 anos, a diminuição das vendas seria «reduzida». «Haveria uma redução, mas seria pouco expressiva», diz Francisco Gírio, secretário-geral da associação.

A verdade é que nos últimos três anos, tem-se bebido cada vez menos cerveja no país. Se em 2010 o consumo per capita atingia os 70 litros, em 2011 passou para os 53 litros e em 2012 para os 47 litros. Mais do que pela proibição, defende ainda o responsável, o problema passa pela «venda ilegal de álcool a menores de idade e pela falta de fiscalização» dos infratores.»

SOL Online, 07-03-2013 - Cerveja reina entre os jovens. Online. Escrito por Sónia Balasteiro e Rita Porto

Em 8 de Fevereiro de 2013 a Associação dos Comerciantes e Industriais de Bebidas Espirituosas e Vinhos (ACIBEV), membro do FNAS, promovia a 3ª Conferência Vinho com Moderação – Um Compromisso com a Cultura de Moderação, no Auditório do Palácio da Bolsa, no Porto. Um evento no contexto da Campanha “Vinho com Moderação: Art de Vivre” e inserido no Programa Europeu “Wine in Moderation”, que faz parte dos compromissos assumidos pela ACIBEV junto do FNAS²⁷⁴. O evento contou

²⁷⁴ Em Portugal, as entidades coordenadoras do programa são a AEVP, a ACIBEV, a FENADEGAS e a CAP, que contam com apoios do IVV. O programa nacional “Vinho com Moderação” é o compromisso mensurável do sector europeu do vinho para implementar uma contribuição efectiva e específica para a redução dos malefícios relacionados com o álcool, apoiado em informação baseada na ciência, educação alargada e auto-regulação do sector. O Programa representa a

com a participação de outras entidades do setor, como a Associação das Empresas de Vinho do Porto, a Associação Nacional de Denominações de Origem Vitivinícolas de Portugal, a Confederação dos Agricultores de Portugal e a Federação Nacional das Adegas Cooperativas.

O discurso do representante da ACIBEV neste evento demonstrou que por detrás da estratégia de participação e colaboração da Indústria do Alcool nas políticas do álcool e no FNAS existia uma outra face ligada ao marketing, imagem e comunicação social que a Indústria do Alcool desenvolveu para defender seus interesses particulares e fazer passar a imagem do consumo como algo positivo e saudável, de forma a combater o que consideram uma forte pressão de “políticas anti-álcool” que desejam reduzir o consumo global de bebidas alcoólicas. Focou claro que uma das intenções da Indústria é trabalhar junto das Instituições que desenvolvem as políticas do álcool para alterar os seus objetivos e discursos, reduzindo as restrições ao consumo das políticas ao mínimo possível e a grupos minoritários de consumidores que afetam negativamente a imagem do álcool.

Como parte da estratégia de combate e oposição da Indústria (em contraciclo com a participação e compromisso assumidos no FNAS) foi divulgada uma declaração de princípios do setor do vinho contra as “políticas anti-álcool”, que são na verdade uma parte importante das medidas baseadas em evidências científicas das políticas do álcool internacionais. Entretanto, nenhuma reação dos responsáveis do SICAD presentes foi identificada.

«Numa altura em que a “fileira do álcool” se confronta com a eminência da publicação de políticas que visam reduzir a procura de bebidas alcoólicas e promover um consumo mais moderado e um acesso menos facilitado a determinados públicos, surge assim a resposta do sector, através da orquestração de uma campanha que insiste no termo moderação e cultura mas que também se manifesta contra aquilo que considera ser a implementação de políticas anti-álcool. Aliás, no final da sessão, as entidades representantes do sector assinaram mesmo uma declaração de princípios do sector do vinho contra as políticas anti álcool, documento subscrito pelas signatárias ACIBEV, AEVP, ANDOVI, CAP e FENADEGAS.

(...) O presidente da ACIBEV (George Sandeman) começaria por afirmar que, ao longo da história humana, aprendemos a adaptar-nos para sobrevivermos”, uma demonstração de flexibilidade, de acordo com o representante da indústria, que alertou que “o álcool está na agenda política global, assistindo-se a uma forte pressão por parte dos países anti-álcool”, referindo-se em concreto aos nórdicos, muçulmanos e algumas ONG. Sandeman sugeriu mesmo que existe pressão para que as questões relacionadas com o álcool sejam tratadas com as mesmas ferramentas que as do tabaco, muito embora a própria Organização Mundial da Saúde disponha de uma estratégia global para reduzir o abuso do álcool, ou seja, o seu uso nocivo, um reconhecimento de que é este tipo de consumo que cria problemas e não o consumo moderado. Uma evolução reconhecida por George Sandeman e citada no seu discurso, quando citou a meta da OMS quanto à redução de 10 por cento na redução do uso nocivo, em vez da meta anterior de redução de 10 por cento do consumo per capita. (...)»

Revista Dependências, Fev./2013 - Vinho com moderação: um compromisso ou uma defesa da indústria?
Pg. 8-9.

Apesar da oposição pública das instituições representativas da Indústria do Alcool em geral, alguns elementos que participaram da discussão sobre as alterações da legislação sobre a idade mínima de venda de bebidas alcoólicas no âmbito do FNAS, ainda verbalizavam alguma surpresa e descontentamento pessoal por não se ter ido ao encontro do que foi acordado entre os diversos atores sociais que participam da implementação das políticas do álcool, nomeadamente devido ao fato de a legislação final ser pouco consistente e geradora de discrepâncias e de difícil cumprimento e fiscalização.

Assim assistiu-se a um discurso ambíguo, quando se sabe que essas instituições são muito bem estruturadas na sua estratégia de atuação e comunicação, deixando ver que

atuavam em diferentes frentes e de formas diversas para atingirem seus objetivos, independentemente da sua coerência o real intenção ou dos compromissos assumidos. Também ficou claro que apesar de possuírem objetivos comuns, os representantes da Indústria tinham estratégias e posições distintas e até conflitantes, de acordo com os interesses em causa.

«A diferenciação dos 16 e 18 anos-consoante o teor de álcool, definida no novo diploma, ontem aprovado em Conselho de Ministros, veio defraudar entidades ouvidas durante a elaboração da lei para o consumo de álcool. "Há três, quatro meses, a proposta à qual tivemos acesso, o limite de 18 anos aplicava-se a todo o tipo de álcool", lembrou George Sandeman, presidente da Associação de Comerciantes e Industriais de Bebidas Espirituosas e Vinhos (ACIBEV). "Esta proposta não é consistente", disse. "O elemento álcool está presente em todas. Não podemos diferenciar o bom álcool do mau álcool. Tínhamos ficado satisfeitos para a subida de idade mínima dos 16 para os 18 anos. A lei parece ceder a pressões de vários negócios". (...)»

Jornal Notícias, 22-02-2013 - Governo recua e distingue vinho e cerveja das bebidas espirituosas. Pg. 8. Escrito por Diná Margato

«A Associação Nacional das Empresas de Bebidas Espirituosas (ANEBE) também discorda que a idade mínima para a compra e consumo de álcool suba para os 18 anos só para as bebidas espirituosas e duvida da eficácia na fiscalização. "Não há álcool bom e álcool mau", avisou Mário Moniz Barreto, dirigente da ANEBE, para quem esta diferenciação vai contra as recomendações comunitárias, que defendem a harmonização da idade mínima nos 18 anos. Cercado de críticas e ataques, a tutela só pôde ontem contar com o apoio da Associação Portuguesa dos Produtores de Cerveja que considerou a medida do governo "adequada".»

Jornal I, 22-02-2013 - Lei do álcool. Pais vão ser notificados se os filhos estiverem alcoolizados na rua. Pg. 1, 6 e 7. Escrito por Kátia Catulo.

No seio do FNAS, alguns representantes da Indústria do Álcool (dos setores cervejeiro e vinícola) chegaram a se abster de participar das reuniões e decisões em prol das políticas do álcool. Essa atitude foi percebida pelos demais membros do FNAS, que se mostraram desagradados com a atitude²⁷⁵, quando reivindicavam do Governo, através de uma carta aberta, uma tomada de decisão congruente com os objetivos do PNRPLA 2010-2012, a evidência científica disponível e as melhores práticas internacionais. Nesta altura, a vigência do plano se havia encerrado, assim como o período de funcionamento do FNAS.

Análise:

A estratégia de participação ativa nas políticas públicas do álcool como forma de influenciar as decisões e ações dos Governos caracterizou a ação da Indústria do Álcool durante este período, seguindo a ação também feita a nível europeu. A criação de organizações de representação social da Indústria, ou ONGs financiadas por estas, foram o meio para desenvolver intervenções e programas que se adaptavam aos seus interesses e permitirem que se pudessem representar com maior legitimidade junto do Fórum Europeu Álcool e Saúde e na sua versão portuguesa. A Indústria do Álcool já vinha tentando desenvolver anteriormente parcerias com o poder político e a Administração Pública, especialmente com a área da Saúde, com vista a se aproximar dos decisores e influenciar a adoção e implementação de medidas.

Contudo as estratégias mais tradicionais de *lobbying* junto do poder político e mesmo a captura de lugares chave dentro dos partidos políticos e do poder executivo continuavam presentes, assim como utilizavam a sua influência económica nas receitas do Estado.

Verificou-se que a Indústria do Álcool conseguiu sistematicamente influenciar as tomadas de decisão do Governo, seja através do adiamento dessas decisões ou sua implementação, seja pelas tomadas de decisão mais favoráveis aos seus interesses.

²⁷⁵ Documentos de trabalho, recolha de informação e notas de campo de observação participante junto do IDT/SICAD e do FNAS.

No final do período de vigência do PNRPLA 2010-2012, o poder de influência da Indústria estava maior e a sua inserção no poder político mais desenvolvida. A sua imagem pública tinha melhorado através das suas ações com preocupações sociais e de proteção da saúde.

- **Sociedade Civil, ONGs e Comunidade de Saúde: subsídios após o período de aprovação do PNRPLA**

- 1º Período: XVIII Governo Constitucional - PS (26/10/2009 - 21/06/2011)

Após a aprovação do PNRPLA 2010-2012, com o adiar qualquer medida legislativa de aumento da idade limite para venda e consumo de álcool dos 16 para os 18 anos, um estudo da DECO demonstrava que a venda de bebidas alcoólicas a menores de 16 anos era um acontecimento comum, apesar da lei em vigor desde 2002. A mesma associação aconselhava que era preciso intensificar a fiscalização. Apesar disso, a ASAE defendia que realizava normalmente as suas atividades de fiscalização.

«Mais de 50% dos estabelecimentos vendem álcool a menores de 15

Consumo ASAE contestou os dados revelados pela Deco que revela o número de estabelecimentos que vendem álcool a menores de 16 anos

Mais de metade dos estabelecimentos comerciais visitados pela Deco vendem bebidas alcoólicas a jovens entre os 12 e os 16 anos, apesar de ser proibido por lei, revela a revista Teste Saúde deste mês.

Em 54 das 97 visitas efetuadas anonimamente pela Deco, os jovens com menos de 16 anos compraram bebidas alcoólicas, razão por que a associação para a defesa do consumidor reclama uma melhor fiscalização e o alargamento da interdição de venda aos 18 anos.

A mesma publicação revela que, que desde 2002 até hoje, a ASAE registou 21 infrações por venda ou consumo de álcool em locais públicos a menores. Pela falta de aviso de proibição, contabilizou 1058 violações à lei. Porém, estes números são contestados pela própria ASAE que relembra que este organismo "só existe desde 2006". Desde essa data, e no âmbito de todas as fiscalizações feitas, por consumo de álcool em locais públicos por menores de 16 anos foram instaurados 61 processos, enquanto que por venda foram abertos 101 processos, segundo fonte da ASAE.

A mesma fonte acrescentou que por falta de aviso de proibição foram instaurados 478 processos. (...)

Diário Notícias, 26-05-2010 - Mais de 50% dos estabelecimentos vendem álcool a menores de 15. Pg. 13.

Mesmo atores sociais que participam e colaboram nas atividades dos operadores da Indústria do Álcool, admitem que o problema do consumo por menores ultrapassa os limites do socialmente aceitável em termos de consumo por menores de idade e que muitas vezes precisam intervir pra proteger esse grupo populacional. Chega a mencionar que uma das razões para que não se corrija essa situação é o *lobby* da Indústria e os interesses instalados na área da diversão noturna.

«“Choca-me ver crianças com 16 ou 17 anos em coma alcoólico à porta dos estabelecimentos de diversão noturna”, diz o presidente da Associação de Agentes de Segurança Privada.

Entidades juntam-se para travar consumo excessivo de álcool

A Associação de Agentes de Segurança Privada é favorável à proibição do consumo de álcool a menores de 16 anos, porque considera que só assim se pode diminuir o problema entre os jovens. A associação é uma das dezenas de entidades públicas e privadas que assinam hoje uma carta de compromisso para reduzir o consumo perigoso de álcool até 2012 (iniciativa do Instituto da Droga e Toxicod dependência).

Os seguranças privados, que trabalham em bares e discotecas, estão na primeira linha de contacto com os excessos do consumo de álcool e afirma que fazem mais do que simplesmente zelar pela mera segurança dos estabelecimentos.

“Sinalização de casos de risco de menores embriagados, situações de violência doméstica consequência do consumo excessivo de álcool... Há inúmeros fatores a que um profissional tem que estar atento. [Tem de] ter uma atitude pedagógica, tem de estar formado e informado”, refere Ricardo Vieira, presidente da Associação de Agentes de Segurança Privada, que considera que é sobretudo na diversão noturna que se encontram bons argumentos para defender a proibição do consumo de álcool a menores de 18 anos, algo que a atual legislação permite.

“Os lobbies instalados criam grandes obstáculos a que isso se torne uma realidade, mas temos que olhar para o problema como um problema social. Choca-me ver crianças com 16 ou 17 anos em coma alcoólico à porta dos estabelecimentos de diversão noturna”, afirma Ricardo Vieira. Não há estudos, mas a experiência mostra que estes profissionais não são meros espectadores – também eles cruzam, muitas vezes, o risco do abuso do álcool.

“Estamos a falar de 42 ou 43 mil profissionais que trabalham por turnos, com horários muito precários, com condições de trabalho muito precárias e acabam por encarar o álcool como um refúgio”, afirma Ricardo Vieira, considerando que “há falta de uma fiscalização efetiva”.

A associação sugere a criação de um número Verde para os seguranças que precisem de defesa contra o álcool.»

Rádio Renascença Online, 30-11-2010 - Seguranças defendem proibição do consumo de álcool a menores de 16. Escrito por Dora Pires.

Também na sequência da aprovação do PNRPLA 2010-2012, a situação social de crise que se agudizava, a disponibilidade orçamental do Governo era limitada e os recursos disponíveis no IDT estavam reduzidos, bem como o desinvestimento na área do álcool e drogas era notório.

Os profissionais de saúde e técnicos especializados voltaram assim a se manifestar. Esta posição era acompanhada pelos responsáveis do IDT, que entretanto alternavam as suas reivindicações com as suas posições e responsabilidades institucionais.

«(...) A conjuntura de crise está a levar mais portugueses a pedirem ajuda nos centros de tratamento de álcool e droga, a maior parte dos quais por recaída.

A procura já subiu em 2009, com dez mil novos doentes a serem tratados na rede do Instituto da Droga e da Toxicod dependência (IDT). Um cenário que se agrava este ano porque há mais acesso a tratamento mas também devido à crise económica.

Não há dados sobre as causas dos pedidos de ajuda que suportem a tese. “É algo que se sente empiricamente, sobretudo no álcool”, diz o presidente do IDT João Goulão.

“Mais do que de casos de pessoas que vêm cá pela primeira vez, estamos a falar de recaídas que se devem ao stress à pressão. São doentes que estavam bem!”, alerta Ana Feijão, diretora da Unidade de Alcoologia de Coimbra.

(...) João Goulão destaca os indicadores positivos na área do álcool e da droga. “Há diminuição de consumo e experimentação e aumento do acesso a tratamento. Mas temos criadas as condições a nível social que fazem reacear o recrudescimento do problema, que é a crise, o desemprego, as condições económicas. Há aumento de recurso a psicofármacos e álcool nestas fases. Pode haver também em relação a substâncias ilícitas.” (...)

Recursos:

Só em 2009 houve mais 10 200 utentes em tratamento no IDT, dois a três mil dos quais por consumo abusivo de álcool. A procura continua a crescer, mas o número de centros está a ser reduzido por falta de recursos humanos. Entre eles estão sobretudo os médicos, tal como o DN noticiou a 18 de Outubro. (...)

Agora, com a recém-anunciada dispensa de 200 colaboradores, a situação irá agravar-se. “Todos estamos cientes das dificuldades que o País atravessa e que são compatíveis com um momento de expansão do nosso serviço, de forma a conter o crescimento previsível do consumo. Preocupa-nos o facto de não conseguirmos crescer, bem pelo contrário”, diz.

Vários especialistas dizem que o tratamento do álcool em mais sítios levou muitos utentes a procurar pela primeira vez os serviços. Carlos Ramalheira, o delegado regional do Norte do IDT, diz que se nota um “crescimento da procura de tratamento no álcool e droga, por isso não podemos ser desarmados”. Em defesa da proximidade, Ana Feijão sublinha que há doentes que “pedem que os internemos logo, porque não têm dinheiro para se deslocar à unidade mais do que uma vez”.»

Diário Notícias, 02-11-2010 - Crise faz disparar recaídas no álcool e na droga. Pg. 1 e 11. Escrito por Diana Mendes

«(...) Ontem, a secção regional do Norte da Ordem dos Enfermeiros, presidida por Germano Couto, reagiu aos cortes no IDT, que vai dispensar 200 trabalhadores precários. Em comunicado, Germano Couto advertiu que “é gravíssimo retirar recursos humanos estruturais a qualquer área de intervenção (...), onde os enfermeiros são centrais nos cuidados prestados a esta população-alvo”. “É hipocrisia acreditar que estes

cortes não afetarão a capacidade de resposta e atendimento", acrescenta.»

Jornal Público, Última Hora, 05-11-2010, 08:41 - IDT-Porto não está a internar doentes há uma semana

«Quem procura tratamento no Centro de Alcoologia do Sul tem que esperar, pelo menos dois meses, para conseguir uma primeira consulta para tratar o alcoolismo. A lista de espera tem vindo a engrossar nesta unidade que cobre praticamente metade do país, uma vez que, além de Lisboa, cobre o Alentejo e o Algarve.

Os casos mais graves de alcoolismo são tratados nas unidades do Norte, do Centro e Sul, mas basta olhar para as listas de espera e perceber que o problema é muito maior que a resposta. Quem quiser, hoje, marcar uma primeira consulta terá de esperar pelo próximo ano e quem já conseguiu e precisa de internamento esperará mais dois anos.

O presidente do Instituto da Droga e Toxicodependência (IDT) considera "que esta é uma questão circunstancial", uma vez que "não é habitual" haver "lista de espera tão prolongada". João Goulão garante que o IDT tentará "recuperar e diminuir" a lista e que a reestruturação em curso no organismo pretende reencaminhar os recursos para onde são mais necessários.

A Renascença apurou, contudo, que a situação pode agravar-se, já que muitos dos técnicos que trabalham nesta unidade - incluindo quatro médicos - são contratados a prazo e estão em risco de ser dispensados. Uma ajuda pode vir da futura Rede de Referência Regional, que pode encaminhar estes doentes para unidades de psiquiatria dos hospitais, mas a estrutura ainda não existe.

Na Unidade de Alcoologia do Centro, a lista de espera para consulta é de 16 dias e para internamento é de um mês. For sua vez, na unidade de alcoologia do Norte, o tempo de espera ronda as três semanas. Esta manhã, a diretora da unidade confirmou à Renascença que estão a ser realizadas em média entre 20 a 24 consultas por semana. Laura Leça garantiu no entanto que as denominadas "consultas de crise" têm resposta quase imediata.

Crise potencia problema

O especialista Pires Preto, diretor clínico do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra, afirma que esperar dois meses por uma primeira consulta é demasiado tempo. Pires Preto, que trabalhou cerca de 12 anos no Centro Regional de Alcoologia do Centro, defende que é necessário socorrer o doente logo que ele reconhece o problema, tanto mais que o rápido combate ao alcoolismo pode evitar o aparecimento de outras patologias associadas.

Na opinião do deputado do Bloco de Esquerda João Semedo, antigo diretor do Hospital Joaquim Urbano, no Porto, a diferença nos tempos de espera para a primeira consulta nos centros de tratamento de alcoologia é resultado de desigualdades na distribuição de meios do Serviço Nacional de Saúde. Os especialistas do IDT admitem que a crise económica e social que vivemos potencia um maior consumo de álcool e dizem que, em Portugal, se bebe cada vez em maior quantidade e cada vez mais cedo.

Ministra não comenta

Os problemas ligados ao álcool marcam o Congresso Nacional promovido, hoje e amanhã, em Lisboa, pelo IDT. Na abertura dos trabalhos, a ministrada Saúde não quis pronunciar-se sobre a questão das listas de espera na primeira consulta para o tratamento do consumo de álcool. Ana Jorge admitiu o aumento de consumo de bebidas alcoólicas em tempo de crise, sublinhando que o momento que vivemos pode ajudar a uma procura de melhores soluções. »

Jornal Página 1, 15-11-2010 - Listas de espera para tratamento estão a aumentar. Pg. 5. Escrito por Dora Pires

Na mesma altura em que se discutia o desinvestimento no IDT, especialistas e ex-responsáveis da área da alcoologia denunciavam aquilo que consideraram um plano politicamente correto, mas sem uma verdadeira gestão das intervenções que deveriam ser implementadas, alegando que os interesses da Economia estavam prevalecendo aos da Saúde Pública. Realmente, além de terem sido suspensas pelo Governo as medidas legislativas do plano com custo reduzido para o Estado e boa efetividade para reduzir os PLA, assistia-se a um recuo dos investimentos em iniciativas de sensibilização e informação e diminuição de meios na área da prevenção, redução de riscos e tratamento, que limitavam a execução das medidas planeadas.

«Álvaro de Carvalho está cético quanto à operacionalização da política antialcoólica nacional. Para o psiquiatra, é importante clarificar se as ações são pensadas em termos de Saúde Pública ou apenas "medidas para a fotografia". Manuel Cardoso garante que a sociedade está mais alerta

Aprovado em reunião do Conselho de Ministros de 26 de Maio deste ano, o Plano Nacional para a Redução dos Problemas Relacionados com o Álcool (PNRPRA) parece não reunir consenso na forma como poderá ser aplicado no terreno. Foi esta a principal mensagem a reter da intervenção de Álvaro de Carvalho, psiquiatra que coordena a equipa que na Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados se dedica à Saúde Mental.

Presente a título individual na conferência “Política nacional para problemas ligados ao álcool”, que decorreu no 1.º Encontro da Unidade de Alcoologia de Lisboa, no passado dia 15, em Lisboa, o especialista foi bastante crítico relativamente ao documento produzido pelo Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT). Na sua opinião, o plano “parece muito clean e tecnocraticamente muito correto, mas está distraído em relação a aspetos sensíveis”, o que leva a ter algumas reservas sobre a “gestão dos problemas ligados ao álcool em Portugal”.

E entre esses “aspetos sensíveis” está o peso da indústria de produção de bebidas alcoólicas na economia nacional. Álvaro de Carvalho argumentou que é necessário ter uma “consciência muito clara das implicações em termos económicos de um plano ligado ao álcool”, não se coibindo mesmo de afirmar que “há um boicote por parte das entidades da área da Economia”. Nessa medida, o psiquiatra criticou o “laxismo” de entidades como a Autoridade para a Segurança Alimentar e Económica (ASAE) na fiscalização da venda de bebidas alcoólicas em estabelecimentos perto de instituições de ensino e a “baixa taxa de fiscalização” por parte das polícias nacionais no que respeita ao controlo da taxa de alcoolemia dos condutores.

Álvaro de Carvalho atacou ainda campanhas como as que fomentam a existência de um condutor com taxa de alcoolemia de zero gramas por mililitro de sangue, pois, na sua perspetiva, é apenas uma questão de “marketing muito bem usado para fomentar o consumo de álcool com riscos menores em termos de acidentes de viação, mas com riscos acrescidos no consumo da população jovem”. A ideia que passa é que os restantes jovens “podem beber à vontade que não têm o risco de se espatifar na primeira curva”, acrescentou.

Tendo em conta este cenário, o especialista, que foi um dos responsáveis pelo primeiro plano nacional para combate ao consumo excessivo de álcool, defendeu que é preciso “clarificar se estamos do lado da Saúde Pública ou do lado da primazia da Economia” e se as ações preconizadas são pensadas numa perspetiva sanitária ou apenas “medidas para a fotografia”. (...)»

*Tempo Medicina, 22-11-2010 - Há boicote por parte das entidades da área da Economia. Pg. 20 e 21.
Escrito por Rita Vassal*

«João Goulão apontou as prioridades em relação aos doentes alcoólicos

Face à diminuição de 4% das verbas para 2011, o tratamento de doentes vai ser a prioridade do Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT) no que respeita ao alcoolismo. (...) João Goulão afirmou no Congresso Nacional de Alcoologia que “as respostas são sobretudo evidentes ao nível do tratamento” na área que respeita ao alcoolismo. (...)»

O diretor da Unidade de Alcoologia de Lisboa, Alfredo Frade, foi o primeiro a falar nesse aspeto, dizendo a Ana Jorge, na intervenção que fez, que “é a pior altura para dispensar pessoal”, devido às implicações da crise económica. (...)»

O diretor da Unidade de Alcoologia de Lisboa também manifestou a opinião de que “o paradigma do tratamento atual está esgotado”. Conforme frisou, “o IDT não pode fazer esta batalha sozinho”, pelo que é “urgente” que se construam “redes com os cuidados primários, com a saúde mental”. De momento, disse ainda Alfredo Frade, os diferentes cuidados “não estão articulados”.

Por seu lado, João Goulão concorda que “uma coisa importantíssima do Plano de Ação contra o Alcoolismo é a rede de referenciação”. E garantiu que esse trabalho tem vindo a ser desenvolvido “em todas as regiões, a diferentes velocidades», estando “praticamente concluído”.»

Tempo Medicina, 22-11-2010 - IDT vai concentrar esforço no tratamento. Pg. 20 e 21.

Esta situação estrutural do Estado que afetava a execução orçamental do Estado e das instituições da área das dependências continuou em 2011 até o fim precoce do Governo e para além disso, sendo o foco das principais intervenções do Governo que assumiria funções a seguir.

- 2º Período: XVIII Governo Constitucional – PSD/CDS (21/06/2011- 30/10/2015)

Com a entrada em funções de um novo Governo e a adoção de um novo programa de reestruturação da administração central do Estado que teve início na segunda metade do ano de 2011, às carências de meios humanos e financeiros do IDT veio se juntar uma reestruturação que desmembrava os serviços centrais responsáveis pelas políticas e

coordenação dos serviços regionais de administração dos cuidados de saúde. Essa situação deixou diversos técnicos e organizações representativas da Saúde preocupadas com o futuro da prestação de cuidados de saúde aos utentes, dos serviços e dos profissionais envolvidos.

«Há mais de 38 mil pessoas em tratamento

A Federação Nacional dos Médicos (FNAM) está contra a extinção do Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT), lembrando que existem mais de 38 mil utentes em tratamento.

Num comunicado publicado no seu site na Internet, a FNAM lamenta que o Governo queira «extinguir um instituto que desenvolveu um importante trabalho reconhecido e elogiado a nível internacional», o que «coloca interrogações muito sérias sobre os verdadeiros objetivos da política governamental para esta área de intervenção».

No âmbito da reestruturação da administração central aprovado pelo Executivo, o IDT vai ser transformado numa direção-geral - Serviço de Intervenção dos Comportamentos Aditivos e Dependências (SICAD). O Ministério da Saúde anunciou este mês à agência Lusa que o tratamento e prestação de cuidados a toxicodependentes e alcoólicos vai sair da alçada do IDT para ser integrado nas administrações regionais de saúde (ARS).

A FNAM chama a atenção que existem 38.875 utentes em tratamento na rede pública, 7.643 são primeiras consultas. Aliás, o número de primeiras consultas registou no último ano um aumento em relação ao ano anterior.

Por tudo isto, a Federação quer ajudar a desencadear um «processo de reflexão célere» para que a estrutura do IDT não seja alterada e para que se analisem as soluções mais adequadas às necessidades da prestação de cuidados na área das dependências.»

Tvi24.iol.pt, 31-10-2011 - Médicos contra extinção do Instituto da Droga . Online.

A margem dessa situação estrutural, que afetava a condução das políticas do álcool e as políticas de alocação de recursos nas áreas da prevenção e tratamento, continuavam a ocorrer desvios nas medidas de regulação dos diversos setores da Indústria do Álcool.

Muitos assuntos começaram a ser abordados já em 2011, depois da entrada em funções de um novo Governo que possibilitaria uma abertura para discutir outra vez medidas legislativas. As primeiras manifestações abordaram a permissividade e ausência de fiscalização sobre a publicidade às bebidas alcoólicas, que perdurava desde a altura do PACA na década de 2000.

«A Associação dos Consumidores de Portugal (ACOP) defendeu hoje alterações ao Código da Publicidade, sugerindo ironicamente a publicidade sem restrições ao consumo de bebidas alcoólicas como alerta ao Governo e ao Parlamento para a falta de fiscalização nesta área.

O aumento do consumo de bebidas alcoólicas e os incentivos nesse sentido, através de publicidade nos meios de comunicação social, designadamente nas estações de televisão, “começa a assumir proporções de alarme social”, afirmou esta tarde à agência Lusa o jurista Mário Frota, fundador da ACOP.

“A publicidade influencia decisivamente os consumos”, salientou Mário Frota, também presidente da Associação Portuguesa de Direito do Consumo (APDC), registando frequentes violações a normas do Código da Publicidade. (...)

“Temos boa lei, só que não temos quem a faça cumprir”, adiantou, concluindo que, nesta área, “a lei é autêntica letra morta”.

Mário Frota admitiu que a proposta de alteração dirigida hoje ao Governo e à Assembleia da República, sendo uma “provocação feita com ironia”, visa despertar os órgãos de soberania para o problema do alcoolismo em Portugal e para o não cumprimento do Código da Publicidade pelas televisões, rádios e outros órgãos de comunicação.

Na sua proposta, a que a Lusa teve acesso, a ACOP defende que a fiscalização cabe à Direcção-Geral do Consumidor e à Entidade Reguladora da Comunicação Social, “perante os equívocos que a este propósito se vêm alimentando no seio da sociedade portuguesa e a onda de permissividade a que se vem assistindo de há anos a esta parte”.

Meios e Publicidade Online, 21-11-2011 - Associação alerta Governo para publicidade a bebidas alcoólicas. Online.

Também a discussão sobre a legislação que proibia a venda e consumo de álcool a menores começou a ser discutida no final de 2011, no intuito de aumentar a idade mínima de 16 para 18 anos, desta vez introduzida pelo próprio Governo e apoiada por especialistas e ONGs que a muito desejavam e cobravam este avanço.

Mudança. A partir do próximo ano, menores de 18 não poderão comprar nem consumir álcool

A falta de fiscalização nas ruas para controlar menores alcoolizados é o grande obstáculo à alteração da idade mínima permitida para compra e consumo de álcool de 16 para 18 anos. O secretário de Estado da Saúde, Fernando Leal da Costa, anunciou no sábado que, a partir de 2012, os jovens com menos de 18 anos ficarão proibidos, por lei, de consumir e comprar bebidas alcoólicas. (...)

Manuel Cardoso, do Instituto da Droga e Toxicod dependência (IDT), defende que "a mudança da lei não é suficiente, têm de haver condições para a aplicar e fiscalizar no terreno. Senão não vale a pena", explica. "As entidades como a ASAE, a PSP e a Direcção-Geral das Atividades Económicas têm de estar mesmo atentas", avisa o vogal do Conselho Diretivo do IDT. (...)

Manuel Cardoso alerta: "Temos de acentuar a ideia de que isto é um problema de saúde pública e que o álcool tem consequências nefastas no sistema nervoso central de uma pessoa. E quanto mais novo se é, pior", diz o responsável. "Mas sabemos que não vamos conseguir milagres." (...)

Jornal Diário Notícias, 21-11-2011 - Falhas na fiscalização ameaçam nova lei do álcool para menores. Pg. 15. Escrito por Filipa Ambrósio de Sousa.

O hepatologista Fernando Ramalho saudou hoje a decisão de subir para os 18 anos a idade legal para comprar bebidas alcoólicas, mas defende que a legislação tem de ser acompanhada de «medidas restritivas e punitivas» para quem prevaricar.

O Governo anunciou que, em 2012, a idade legal para comprar bebidas alcoólicas vai passar dos 16 para os 18 anos.

O diretor do serviço de Hepatologia do Hospital de Santa Maria disse à agência Lusa que aguardava há dez anos por este anúncio e considerou «lamentável que as pessoas que superintendem esta situação do alcoolismo e da toxicod dependência em Portugal não o tenham feito mais cedo».

Diário Digital, 21-11-2011 - Álcool: Proibição de venda até aos 18 anos só funcionará com medidas restritivas. Online. Escrito por Diário Digital / Lusa.

Em 2012, a falta de ação do Governo em implementar legislação para aumentar a idade mínima para venda e consumo de álcool para os 18 anos, como anunciado, já era sentida pelos atores sociais da Comunidade de Saúde como mais uma cedência ao *lobby* da Indústria do Álcool, à semelhança das políticas públicas relacionadas ao preço e à publicidade, que deveriam ser adotadas e nem sequer eram discutidas.

«Rui Tato Marinho Coordenador do Colégio de Hepatologia da Ordem dos Médicos

"É preciso aumentar o preço das bebidas"

Hoje, os jovens bebem mais e pior. Há uma cultura da embriaguez, dos shots. A quantidade de álcool que uma pessoa ingere com dez shots é equivalente a dez cervejas, mas dez cervejas são 3 litros... Não é fácil nem rápido beber 3 litros. Já dez shots são aí uns 200 mililitros. Por isso, atingem rapidamente uma alcoolemia muito elevada, ficam desinibidos, aumentam as relações sexuais desprotegidas, a violência, o risco de suicídio e a depressão. Fala-se há vários anos em aumentar a idade mínima de consumo dos 16 para os 18 anos, mas isso nunca foi para a frente.

- Porquê?

- Há um lóbi muito forte. A indústria é muito inteligente a promover o álcool junto dos jovens. E viciar um jovem é fácil. O risco de vir a ficar dependente é à volta dos 50% se o jovem começa a embriagar-se aos 15 anos. Ou seja, cerca de metade destes jovens vai ter problemas com o álcool.

- Que outras medidas são prioritárias?

- É preciso restringir ainda mais ou proibir completamente a publicidade, como aconteceu com o tabaco, e aumentar o preço das bebidas.»

Jornal Expresso, 11-08-2012 - Taxa de álcool baixa para jovens condutores. Pg. 1, 16 e 17. Escrito por Joana Pereira Bastos

Também as recomendações da Comissão Europeia que datavam de 2001, divulgadas e promovidas pelas ONGs em Portugal, sobre a redução das TAS na condução sob o efeito de álcool para condutores recém-encartados voltaram a ser discutidas pelo Ministério da Administração Interna, na revisão da Estratégia Nacional de Segurança Rodoviária a partir de 2011. Esta era outra das recomendações do PNRPLA 2010-2012, que ficaram suspensas desde a sua aprovação. A medida de alteração legislativa veio se juntar as demais que entraram na agenda de discussão do Governo em funções, mas que tardaram em ser implementadas no decorrer dos anos seguintes de 2012 e 2013.

«O Ministério da Administração Interna está em fase de revisão do Código da Estrada e já tem em cima da mesa várias propostas da Prevenção Rodoviária Portuguesa e do Automóvel Clube de Portugal (ACP) para reduzir a sinistralidade no grupo de risco mais perigoso, os jovens dos 18 aos 24 anos. Uma das propostas é a redução do volume de álcool admitido no sangue dos jovens recém-encartados. Esta sugestão tem origem na Comissão Europeia e é subscrita pela Prevenção Rodoviária Portuguesa (PRP) e ACP. "Trata-se de reduzir a taxa permitida de álcool no sangue aos jovens condutores, no grupo etário dos 18 aos 24 anos, de 0,5 g/litro no sangue para 0,2 g/litro", explicou ao DN o presidente da PRP, José Manuel Trigos.

"Nós subscrevemos a proposta da Comissão Europeia e enviámos a sugestão ao MAI, para que a inscreva na revisão do Código da Estrada", acrescentou. A proposta tem uma base científica: "Está demonstrado que os jovens com menor experiência de condução e também menos experientes no consumo de álcool apresentam subidas nos índices de sinistralidade a partir das 0,2 g/litro de álcool no sangue."

O presidente do Automóvel Clube de Portugal, Carlos Barbosa, que é também vice-presidente da PRP, subscreve a ideia e outras já enviadas ao ministério no âmbito da revisão do Código da Estrada e da revisão intercalar da Estratégia de Segurança Rodoviária. A assessora do presidente do ACP Rosário Abreu e Lima esclareceu que "todas as propostas feitas pela Prevenção Rodoviária Portuguesa são subscritas pelo ACP". Não foi, no entanto, possível falar com Carlos Barbosa por se encontrar fora.

A Associação de Cidadãos Automobilizados (ACA-M) também subscreve a proposta da Prevenção Rodoviária Portuguesa "Se não podemos ter uma taxa de 0 gramas/litro, então que fique nos 0,2 gramas/litro, pelo menos para esse grupo etário. É que a primeira recomendação europeia era aplicar essa taxa a todos os condutores profissionais em todos os Estados-membros". (...)»

Jornal Diário Notícias, 14-12-2011 - Ministro estuda cortar álcool a jovens condutores. Pg. 1 e 19. Escrito por Rute Coelho

O processo de sucessivos anúncios sobre a concretização de medidas legislativas, tanto na idade mínima de venda e consumo como na redução da TAS para condutores recém-encartados continuaram durante 2012 sem concretizações. Os especialistas e as ONGs de Segurança Rodoviária e de Saúde Pública na área dos PLA manifestavam-se vivamente a favor das políticas públicas e alertam para as medidas de regulamentação e fiscalização que necessitavam acompanhar essas mudanças, bem como para o poder do lobby da Indústria do Alcool que procura adiar e impedir que tais mudanças aconteçam. Estas manifestações serviram para pressionar as entidades do Governo que eram responsáveis diretas no decorrer de 2012, mas não alcançaram o impacto desejado.

«A Venda de bebidas alcoólicas vai ser proibida a menores de 18 anos. O anúncio foi feito, ontem, pelo secretário de Estado para a Saúde, Fernando Leal da Costa, que avançou, ainda, a alteração do limite da taxa de alcoolemia nos jovens e recém-encartados, revelando que baixará dos 0,5 para os 0,2 gramas de álcool por litro. "Há dados que mostram que há sete vezes mais mortalidade em condutores, abaixo dos 20 anos, quando conduzem com 0,5 gramas", justificou Leal da Costa.

O ataque ao álcool, visando prevenir o alcoolismo e os acidentes rodoviários entre os mais jovens, parece ter agradado a vários setores. Agradou, por exemplo, ao presidente da Prevenção Rodoviária Portuguesa, José Manuel Trigos, designando-a de "totalmente favorável" e lembrando que "há diversos estudos que comprovam que a implicação em acidentes dos jovens começa a subir a partir de uma taxa de alcoolemia de 0,2 [gramas de álcool por litro], enquanto que na população adulta só começa a subir mais tarde". (...)»

Jornal Notícias, 18-03-2012 - Alcool só a partir dos 18 anos. Pg. 9. Escrito por Leonor Paiva Watson /LUSA

«A intenção do governo, anunciada pelo secretário de Estado da Saúde, Fernando Leal da Costa, de aumentar para os 18 anos a idade mínima para a compra de álcool, é vista como uma medida que poderia contribuir para travar a tendência. Em entrevista à Antena 1, Leal da Costa avançou ainda que, para enfrentar este problema, está a ser também ponderada a diminuição da taxa máxima de alcoolemia (TAS)

para os recém-encartados e para os condutores mais jovens. "Dos 0,5 permitidos passar-se-ia para os 0,2.

Francisco Henriques, médico especialista em adictologia na Unidade de Alcoologia de Lisboa, ressalva que nos últimos anos se tem verificado alteração do padrão de consumo. "Bebem-se três ou quatro 'shots' pelo efeito imediato. E este tipo de consumo tem aumentado entre os jovens e adolescentes", lamenta. "Todos nós estamos preocupados com o consumo de álcool como fator de risco na mortalidade prematura", sublinha ao i o diretor-geral de Saúde, Francisco George. Uma preocupação justificada, já que um em cada quatro portugueses não atinge os 70 anos, "um fenómeno que está ligado ao consumo de álcool e tabaco", acrescenta.

Francisco Henriques alerta porém para um aspeto que considera mais importante: "não é a alteração da lei, mas a sua aplicação, que limitaria o fenómeno". Quanto à proibição da venda de álcool a menores de 18, considera que deste modo seria dificultada a tendência dos adolescentes, numa fase normal de reposicionamento de autoridades, de aceitar a influência dos pares. "A pressão do grupo é, nestas idades, muito forte e condiciona enormemente os comportamentos", lembra o especialista da Unidade de Alcoologia de Lisboa. Mas nem tudo é fácil quando se pretende mexer nestas leis. "Não nos esqueçamos que há lóbis muito fortes que não estão interessados em condicionar o consumo de álcool", destaca ainda o médico. (...)"

Jornal I, 19-03-2012 - Álcool. Proibição a menores "vai aumentar o consumo desalmado". Pg. 1, 16 e 19. Escrito por Nelson Pereira.

«Limite máximo desce para 0,2 nalguns casos. Código da Estrada é revisto até ao final do ano

Fora de causa está, no entanto, a redução para os 0,2 gramas do limite legal de álcool no sangue para todos os condutores, que chegou a ser aprovada há dez anos, no Executivo socialista de António Guterres, mas foi logo suspensa e depois revogada, na sequência de protestos dos produtores vitivinícolas e do PSD e do CDS-PP, agora coligados no Governo.

Rui Tato Marinho, coordenador do Colégio de Hepatologia da Ordem dos Médicos, discorda. E está longe de ser o único. "Entre a comunidade médica é consensual que a taxa máxima permitida devia ser de 0,2 gramas para todos os condutores, mas a resistência da indústria é muito grande", lamenta Alfredo Frade, diretor da Unidade de Alcoologia de Lisboa.

Jornal Expresso, 11-08-2012 - Taxa de álcool baixa para jovens condutores. Pg. 1, 16 e 17. Escrito por Joana Pereira Bastos.

A Sociedade Portuguesa de Alcoologia (SPA) afastou-se da implementação do PNRPLA 2010-2012 e da dinâmica do FNAS desde o seu início, em parte pelos problemas anteriormente gerados com a fusão dos CRAS e reestruturação dos serviços de alcoologia, já que muitos especialistas da Sociedade pertenciam a direção desses centros. Porém a partir desse período a sua atividade científica e social aumentou. Em Junho de 2012, esta sociedade de especialistas realizou as XX Jornadas Portuguesas de Alcoologia em que mais declarações foram formuladas, chamando atenção para os problemas que as intervenções aos PLA sofriam.

Nesse âmbito, o presidente da SPA e antigo Diretor do CRA do Norte, Rui Moreira, referia que a rede de referência em alcoologia, criada no papel em 2011 pelo SICAD, ainda não apresentava resultados práticos, afetado pela falta de articulação e apoio entre os diversos serviços que uma rede necessitava que dependiam em última estância da organização promovida pelas ARSs. Referia também que havia uma falta de regulação mais forte do Governo sobre a Indústria do Álcool e a oferta de bebidas alcoólicas que equilibrasse o poder de persuasão da Indústria e permitisse escolhas mais conscientes e livres aos consumidores.

« (Entrevista ao presidente da direção da SPA, Rui Moreira)

RM – (...) houve um trabalho muito interessante de formação dos médicos de família que estão no terreno mas, neste momento, existe uma certa desarticulação e falta de apoio entre a medicina familiar e as estruturas que dão resposta a estes cuidados. A rede alcoológica está no papel... só é necessário pô-la na prática; os profissionais estão no terreno e é apenas necessário implementar questões de natureza organizativa e de ação para que isto funcione melhor.

RM - (...) Tanto quanto conheço, a referência não funciona porque há esta falta de organização e de ação... Os profissionais estão lá, apenas será necessário motivá-los e organizar o sistema." (...)

Significará isso que a prevenção e o diagnóstico ainda não funcionam da forma mais adequada no nosso país?

RM – (...) significará mesmo falta de vontade política, falta de ação e que, como foi referido nalgumas conferências, como a da Prof. Fernanda Rodrigues, os lobbies de pressão são de tal ordem que se sobrepõem aos profissionais que trabalham no terreno. E a desigualdade de colocação das mensagens verifica-se: os que estão no terreno não têm voz junto dos media e da população, não têm força nem lugar nos fóruns; quem tem esse lugar são, de facto, os poderosos. (...)

Entende que o Estado deveria regulamentar e dissuadir a produção de bebidas alcoólicas?

RM– Creio que o Estado deveria regulamentar de uma maneira firme, como aliás tem feito noutras áreas, através de taxações que permitissem responder aos custos. Repare nos exemplos dos vinhos e das cervejas, que têm taxações nulas ou muito baixas e que poderiam contribuir para o tratamento das pessoas. (...)

RM - Se a indústria não se autorregula, é necessário que o poder a regule. Também é preciso regular os bancos, o comércio...(...)

Partindo dessa afirmação, que não se opõe aos prazeres, mas também de alguém que privilegia a sustentação em evidências científicas, não identifica também algum paralelismo entre a comunidade técnica e a indústria no que concerne ao extremar de posições que, por vezes, roçam uma espécie de fundamentalismo?

RM - Penso que não se trata de uma questão de fundamentalismos. Aliás, das coisas relativamente às quais sou contra são precisamente os fundamentalismos. As pessoas são livres para escolherem, de preferência conscientemente, as suas opções políticas, religiosas ou comportamentais. Devemos é ajudar e regular para que essas pessoas sejam cada vez mais livres.»

Revista Dependências, Jun.-Jul./2012 - XX Jornadas Portuguesas de Alcoologia: SPA reflete sobre os custos económicos do consumo do álcool em Portugal. Pg. 22-23.

Ainda no mesmo Encontro da SPA, o médico hepatologista Tato Marinho reafirmava a incapacidade da Saúde Pública em tornar público os potenciais riscos e danos do álcool e conscientizar a população, principalmente quando o *lobby* e o *marketing* da Indústria do Alcool é tão forte e eficaz.

«(Entrevista a Tato Marinho, médico hepatologista) (...)

Na sua apresentação falou dos custos da doença e do câncer originado pelo consumo abusivo do álcool, quer especificar?

TM - A Organização Mundial de Saúde apresenta uma espécie de “catálogo” de substâncias cancerígenas, como por exemplo, o tabaco, a hepatite C, a hepatite B e, o álcool está lá como um dos elementos cancerígenos, aliás, está no primeiro grupo dos mais cancerígenos, e isto parece não preocupar as pessoas e os responsáveis.

Apesar de estar no primeiro grupo dos mais cancerígenos, ninguém fala disso nas campanhas...

TM - Exato. Ninguém fala disso, porque não dá jeito.

Quando diz que “não dá jeito” refere-se a quê em concreto?

TM - Os meus 30 anos de prática revelam-me que a mensagem sobre os efeitos nocivos não passa. Nós não conseguimos convencer as pessoas. Passados 30 anos, tenho a ideia que estamos numa sociedade pós-capitalista, em que os lobbies conseguem convencer as pessoas a fumar, a beber bebidas açucaradas, comer bolos, aumentar de peso. Portanto, há um poder enorme dos lobbies e dos interesses instalados.

Daí os números e a relação económica que acabou de apresentar.

TM - A sociedade está um pouco ao serviço dos lobbies, fazendo duma maneira geral o que eles querem. Não sou fundamentalista, as pessoas podem beber, mas devem conhecer os limites e os riscos para a saúde. Os profissionais de saúde, para além de terem de combater a doença e de tratar os doentes ainda têm de confrontar-se contra as fortes e potentes campanhas organizadas pela indústria da bebida, e não conseguimos uma organização capaz de responder da mesma maneira em defesa do doente alcoólico. Isto é, devia ter agências de comunicação, para fazer o contraditório e demonstrar a evidência científica. E sei do que falo, não basta que um médico vá de vez em quando falar na televisão, é preciso muito mais, para que as pessoas se sintam informadas.»

Revista Dependências, Jun.-Jul./2012 - XX Jornadas Portuguesas de Alcoologia: “Álcool: uma droga com múltiplas patologias”. Pg. 24-25.

Assim, apesar do FNAS promover uma plataforma de consulta e colaboração entre atores sociais, que incluía a participação de várias ONGs e profissionais de saúde, existiu sempre um confronto claro de ideias, entre o Governo e a maior parte dos atores da Sociedade de Saúde e ONGs ligadas diretamente aos PLA, sobre como se deveriam desenvolver as políticas do álcool e as relações com a Indústria do Alcool. As dificuldades encontradas em desenvolver estas políticas eram vistas pela Comunidade de Saúde e ONGs em geral como cedências e fraquezas do Governo diante de uma indústria com grande marketing e aceitação social, influência e poder económico e boa inserção no *lobbying* e jogo político.

No início de 2013, após um longo adiar de alterações legislativas anunciadas, alguns rumores sobre uma diferenciação de idade mínima de acesso às diferentes bebidas alcoólicas começaram a aparecer, recebendo logo à partida a recriminação da Comunidade de Saúde.

«(...) Recordo que Leal da Costa, secretário de estado adjunto do ministro da saúde, incentivava os portugueses a cultivar estilos de vida saudáveis, donde resultaria menor pressão sobre o SNS. Perante as caricatas reações a estas corretíssimas declarações resolvi botar opinião a favor do governante. Até aqui tudo bem. Só que, passados poucos meses, coube a Leal da Costa anunciar ao país nova legislação sobre o consumo de bebidas alcoólicas e aí "borrou a pintura", (com a licença dos leitores!).

Uma lei que pretende proteger os jovens com menos de 18 anos dos malefícios do etanol tolerando-lhes o acesso público ao vinho e à cerveja é duma hipocrisia vergonhosa. Esta decisão, dum despudor desprestigiante para o governo, desmente o empenho em defender a saúde dos portugueses. Os dois lóbis alcoólatras mais poderosos levaram a melhor sobre a saúde.

Todavia, não deixa de ser curioso o silêncio do representante dos utentes dos serviços de saúde e da oposição, que ainda há pouco esbracejavam deploráveis comentários contra a correta invetiva pró-saúde do mesmo secretário de estado. Se na altura perderam uma ocasião de estar calados, deixaram agora passar uma oportunidade de denunciar a tartufice governamental. O silêncio, neste caso, significa anuência perante a infeliz decisão do executivo. Quer dizer, parece confirmar-se que afinal sempre promovem o direito à doença! Por outro lado, pode admitir-se que a defesa duma política mais restritiva seja percebida como impopular, se quiserem "popularmente incorreta", num país de fortes tradições alcoólicas. (...)

Jornal Médico, 01-02-2013 - Os troca-tintas. Pg. 5. Escrito por Acácio Gouveia

A decisão acabou por ser revelada pelo Conselho de Ministros em meados de Fevereiro de 2013, o que levou especialistas de Saúde e ONGs envolvidas nas políticas do álcool a se manifestar contra a medida. Houve grande consenso no meio sobre a incoerência da tomada de decisão, apontando os interesses dos setores da Indústria do Alcool que estavam por trás das novas soluções para alterar a legislação.

«O psiquiatra Domingos Neto alertou hoje que a cerveja é a bebida alcoólica mais consumida pelos jovens portugueses, razão pela qual considera não fazer sentido impor um limite de idade diferente para o seu consumo.

"O álcool é todo igual e o álcool que é mais consumido pelos jovens é a cerveja. Que é uma bebida forte por si e cria hábitos alcoólicos persistentes e duradouros. Esta divisão da lei não faz sentido", declarou à agência Lusa Domingos Neto.

O alcoologista falava a propósito da nova lei do álcool, que será hoje discutida em Conselho de Ministros e que deverá aumentar a idade mínima da venda e consumo de bebidas espirituosas para 18 anos, mantendo-a nos 16 anos nos casos do vinho e da cerveja.

Para Domingos Neto, esta divisão entre cerveja, vinho e bebidas espirituosas não tem lógica nem do ponto de vista pedagógico: "dá uma ideia de que há um álcool bom e um álcool mau, o que não é verdade". Além disso, o especialista considera que esta distinção pode dar a noção de que a cerveja "é uma espécie de álcool fraquinho ou que se bebe pouco", uma ideia igualmente errada. (...)

O psiquiatra Domingos Neto até reconhece que o diploma que será hoje discutido em Conselho de Ministros pode representar um avanço em relação à lei em vigor, onde o limite mínimo que vigora para consumo de álcool são os 16 anos. Contudo, teme que se tenha perdido uma "boa oportunidade de colocar o consumo aos 18 anos para todos os tipos de álcool".

Questionado sobre a razão para diferenciar algumas bebidas, Domingos Neto lembrou que as cervejeiras têm "uma força de lóbi" que as representantes das bebidas espirituosas não alcançam.

"As cervejeiras são muito poderosas em Portugal e têm representantes muito bem situados politicamente, inclusivamente na Assembleia da República", argumentou, notando ainda que estas empresas dirigem a sua publicidade diretamente aos "grupos de risco", como os jovens. (...)"

SOL Online, 21-02-2013 - Cerveja é a bebida alcoólica mais consumida por jovens portugueses. Online.

«O Conselho de Ministros discutiu ontem uma versão da nova lei do álcool bem mais tímida do que o previsto. A proposta que ainda será discutida no Parlamento faz, ao contrário do que tinha sido anunciado, uma separação entre o vinho e cerveja e as bebidas espirituosas, reservando a interdição a menores de 18 anos apenas para as últimas (de teor alcoólico mais elevado). Vários especialistas criticaram este recuo e alguns defendem que se trata de uma cedência a pressões do sector. Sobretudo quando se sabe que o consumo de álcool entre os jovens está a aumentar e que a cerveja é a bebida preferida dos mais novos.

(...) É o diploma mais ridículo que já vi. O álcool é todo igual, seja vinho, cerveja ou outra coisa", critica o hepatologista Fernando Ramalho, responsável da unidade de hepatologia do Hospital de Santa Maria, em Lisboa, em declarações à Lusa. Fernando Ramalho lamenta que "os interesses das empresas que vendem álcool se sobreponham ao interesse da saúde dos portugueses". E defende que, antes dos 18 anos, devia ser proibido o consumo de todas as bebidas alcoólicas, pois é assim que acontece nos "países civilizados".

Em declarações ao PÚBLICO, o psiquiatra Domingos Neto defende que, além de não fazer "qualquer sentido" a separação entre bebidas alcoólicas "até é perigosa". "Induz a noção errada de que a cerveja não é uma bebida alcoólica e que o vinho até faz bem ao coração", nota. E, diz o especialista, o argumento para justificar esta separação - apoiado no facto de as bebidas espirituosas terem um teor alcoólico mais elevado - cai por terra se tivermos em conta os consumos.

"São bebidas que têm mais álcool mas bebem-se em quantidades muito menores. Um copo de shot tem a mesma quantidade de álcool que uma imperial ou um copo de vinho", explica, acrescentando que "só faria sentido fazer essa comparação se estas bebidas fossem servidas em copos de cerveja". "Isto é iludir os portugueses", conclui.

Domingos Neto lamenta ainda que a oportunidade de atualizar esta legislação em 2013 não tenha resultado numa lei "mais moderna" e que, apesar do que sabemos hoje, ainda se tenha ficado atrás de outros países com legislações mais antigas e que já estabelecem o limite de 18 anos. Com a alteração ontem aprovada, Portugal passa a ser o quinto país europeu a adotar um sistema misto em que a idade mínima legal para comprar ou consumir álcool varia em função da bebida. A grande maioria (18) dos 27 países da União proíbe a venda de todos os tipos de álcool a menores de 18 anos, três fazem-no a menores de 16 e apenas um usa os 17 anos como idade mínima legal para beber.

Mas, diz, esta lei não é o mesmo que nada. "É um pequeníssimo passo. E se desta vez, pelo menos, houver uma fiscalização eficaz estamos todos de parabéns. Só espero que não sirva apenas para tapar o sol com a peneira", conclui. (...)"

Jornal Público, 22-02-2013 - CDS vai dar liberdade de voto a deputados na lei do álcool. Pg. 1, 2 e 3. Escrito por Andréa Cunha Freitas

«DECO contesta nova lei aprovada em Conselho de Ministros

A Associação Portuguesa para a Defesa do Consumidor (DECO) considera que a existência de duas idades mínimas para a venda e consumo de álcool "não faz qualquer sentido" e representa um "claro recuo" na prevenção do alcoolismo.

Em reação à nova lei do álcool, ontem aprovada em Conselho de Ministros, Bruno Campos Santos disse que estas medidas representam "um recuo claro na prevenção do consumo de álcool", nomeadamente a existência de uma idade mínima para a venda e consumo das bebidas espirituosas (18 anos) e outra para o vinho e a cerveja (16 anos). "É como permitir aos jovens fumar cigarros a partir dos 16 anos e só fumar charutos a partir dos 18 anos", disse Bruno Campos Santos.

Este responsável da DECO disse desconhecer qualquer fundamento científico para esta diferenciação e considera que "vai em contramão com a realidade em Portugal". "Todos nós sabemos que os jovens consomem mais cerveja, porque só têm poder económico para esta bebida, e consomem muito, principalmente através das 'litradas', que consistem na ingestão de grandes quantidades deste tipo de bebida. "Só quem não conhece a realidade é que pode achar que estas mudanças vão disciplinar o acesso ao álcool", adiantou, frisando ainda ter "dúvidas sobre a fiscalização da lei". (...)"

Primeiro Janeiro, 22-02-2013 - "Claro recuo na prevenção do alcoolismo". Pg. 12.

«A diferenciação dos 16 e 18 anos-consoante o teor de álcool, definida no novo diploma, ontem aprovado em Conselho de Ministros, veio defraudar entidades ouvidas durante a elaboração da lei para o consumo de

álcool. “ (...)

A tese da falta de coragem do Governo em avançar com o limite generalizado para os 18 anos e de recuo face ao que esteve inicialmente planeado é partilhado por Manuel João Ramos, responsável pela Associação de Cidadãos Automobilizados, e pelo coordenador de hepatologia da Ordem dos Médicos, Rui Tato Marinho.

João Manuel Ramos vê neste ponto "uma cedência total aos lobbies. Esta lei serve a estratégia de fidelizar os jovens para o consumo de álcool - beber desde cedo para criar hábito". Rui Tato Marinho elogia o pequeno passo dado em frente, uma vez que o limite de idade cresce, mas lamenta a confusão que cria. "A medida fica coxa, é uma medida a medo". Um milhão e meio de pessoas bebe em excesso em Portugal e metade destas é alcoólica. "Quem trabalha nesta área sabe que se está diante do efeito de pressões". Manuel João Ramos aumenta o tom da crítica. "É uma cedência total aos lobbies das grandes empresas e multinacionais". (...)»

*Jornal Notícias, 22-02-2013 - Governo recua e distingue vinho e cerveja das bebidas espirituosas . Pg. 8.
Escrito por Diná Margato*

«Álcool O presidente da Confederação Nacional das Associações de Pais, Albino Almeida, acusou o Governo de "cinismo inaceitável" e cedências à indústria cervejeira, ao ter aprovado uma lei de proibição de consumo de álcool diferente da proposta inicial. Apenas as bebidas espirituosas passam a ser proibidas a menores de 18 anos.»

Jornal Diário Notícias 23-02-2013 - Pais acusam Governo de cinismo. Pg. 16.

«Mas para o médico psiquiatra Francisco Henriques, da Unidade de Alcoologia de Lisboa, "álcool é sempre álcool e quando se faz a avaliação de um doente conta apenas o número de unidades que bebe e não o tipo de bebida. Todas são igualmente perigosas" afirma.

"O consumo ocasional, se for mantido, pode ocasionar o consumo regular e, mantendo-se, leva a criar tolerância. Depois, bebe-se para manter o efeito e evitar a ressaca. Assim é criada a dependência" explica por sua vez o psiquiatra Luís Duarte Patrício, ex-diretor do Centro das Taipas, em Lisboa. Além disso, o álcool tem consequências graves para a saúde física e, sobretudo, mental, podendo despoletar síndromes psicóticas e doença bipolar, entre outras. "Hoje sabe-se que antes dos 18 anos ninguém deveria fazer uso de álcool ou de cânabis, para não interferir com o natural e normal desenvolvimento das funções cerebrais" acrescenta. (...)»

Jornal Correio Manhã / Domingo, 03-03-2013 - Autorização para beber . Pg. 24/25/26/27/28/29

«“A cerveja é uma bebida de iniciação, precisamente a que é mais consumida pelos mais novos por ser mais barata”, alerta João Goulão, presidente do Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD).

Beber cerveja aos fins-de-semana é, aliás, encarado por todos como algo rotineiro. O hábito de beber demasiado em determinados dias da semana é, aliás, uma das características que distinguem os mais jovens, “cujo perfil de consumo se aproximou nos últimos anos do dos países do Norte da Europa”, sublinha o hepatologista Rui Tato Marinho.

Quanto mais cedo o fizer, pior para o corpo. «Beber aos 16 é completamente diferente de beber aos 18», diz o médico. “O corpo está muito menos preparado e o risco de se desenvolver uma dependência aumenta para o dobro (de 15% para 30%)” explica, acrescentando que “todos os médicos estão contra” a nova legislação do álcool aprovada na semana passada pelo Governo. Mas o alcoolismo não é tudo. Há “as arritmias, a morte de neurónios, o aumento do risco de suicídio e de começar a fazer binge drinking (beber cinco shots de seguida com o único objetivo de ficar bêbado), fenómeno que tem aumentado os comas alcoólicos e que disparou nos últimos anos em Portugal”. “O preço é demasiado alto», alerta o médico que acusa o Executivo de ter «cedido aos lóbis ligados à indústria da cerveja”.

“A nova lei é um retrocesso tremendo. Tinha-se conseguido um consenso relativo, até com os agentes do sector, para subir a idade mínima do consumo de cerveja. Não percebo o que aconteceu depois para o Governo ter decidido mantê-la nos 16 anos”, conta João Goulão.»

SOL Online, 07-03-2013 - Cerveja reina entre os jovens. Online. Escrito por Sónia Balasteiro e Rita Porto

«Quando me pediram o meu comentário (Aires Gameiro) às novas alterações (à lei de venda e disponibilização de bebidas alcoólicas) surgiu-me o termo incoerência e supremacia do poder da Indústria do Álcool sobre a saúde dos cidadãos. Levaram doze anos a sair as presentes alterações da lei do álcool e bem se esperava um passo mais nas políticas do álcool e a saúde pública. Quase se pode dizer que a

montanha pariu um rato deformado no dia 21.02.2013. (...)

Agora temos duas idades mínimas de consumo de acordo com a "cor política da saúde" e dois tipos de álcool, o que é e o que não é (por lei), ou seja o mau e o bom álcool, embora com a mesma substância química. Lamenta-se. Também alguns pais se lamentam. Pode bem perguntar-se porque se recuou na lei preparada pela SICAD. Parece que outros interesses de mais capital se levantaram; e aí temos a indústria da cerveja a ditar as leis da saúde. O seu lóbi consegue até vergar os "policymakers" da saúde pública. Perdeu-se a oportunidade de fazer uma lei mais coerente que fizesse a diferença de reduzir os consumos precoces nos jovens que causam danos irreversíveis no cérebro e aumentam em 20 ou 30% as probabilidades de dependências e os seus danos também de forma irreversível. (...)

Jornal da Madeira, 13-03-2013 - Incoerências da nova lei do álcool. Pg. 6. Escrito por Aires Gameiro

«O presidente da Associação Portuguesa de Estudos para o Fígado (APEF), Armando Carvalho, disse hoje ser "difícil" combater o consumo "excessivo" de álcool em Portugal, porque os "interesses instalados" do setor prevalecem sobre o poder político.

Aludindo à nova lei do álcool, que passou a proibir a venda e consumo de bebidas espirituosas (as chamadas bebidas brancas) a menores de 18 anos, mantendo nos 16 anos a idade mínima para o vinho e cerveja, frisou que "não há razões científicas" para tal.

"Só pode ser por razões económicas. Não é o poder político que manda, parecem ser os interesses instalados. Assim, é difícil combater o consumo excessivo de álcool em Portugal", disse à agência Lusa Armando Carvalho.

Dn.pt, 03-04-2013 - É difícil combater consumo excessivo de álcool, diz especialista. Online.

Em relação a aceitação da redução das TAS para condutores recém-encartados e profissionais, ocorrida no mesmo Conselho de Ministros de Fevereiro de 2013, a reação das ONGs foi positiva, correspondendo às suas expectativas e recomendações ao longo dos anos e demonstrou a capacidade dos responsáveis pela área da Segurança Rodoviária de defender o interesse público. Alguns profissionais até pontuaram a diferença da tomada de decisão entre as duas alterações legislativas diversas: a da idade mínima para venda e consumo e a da definição da TAS máxima para condução.

«Taxa de 0,2 g/litro é extensível também a taxistas e outros profissionais. Alterações ao Código da Estrada foram ontem aprovadas

O presidente da Prevenção Rodoviária Portuguesa (PRP) espera que entre os mais jovens haja uma redução da sinistralidade com o novo limite de 0,2 g/litro de álcool no sangue para condutores em regime probatório, isto é, até três anos de carta. A sugestão de mudar o limite de álcool para novos condutores e determinados sectores profissionais partiu da Comissão Europeia, foi apoiada pela PRP e vertida agora na proposta de lei de alteração ao Código da Estrada, ontem discutida em Conselho de Ministros.

Motoristas de táxi, de pesados e de mercadorias perigosas, de autocarros e de transportes coletivos de crianças e jovens menores de 16 anos estão também obrigados ao limite de 0,2 g/litro. "Em relação aos jovens, que constituem o grosso dos condutores em regime probatório, está provado cientificamente que a menor experiência de condução e de ingestão de bebidas alcoólicas leva a um maior envolvimento em acidentes de viação a partir da taxa 0,2 g/litro", adiantou o presidente da PRP, José Miguel Trigos.

No que diz respeito aos motoristas profissionais abrangidos com o novo limite, José Miguel Trigos adiantou que em sede de discussão "até foi consensual, tendo havido apenas alguns problemas levantados pelas associações de bebidas espirituosas, mas que já foram colmatados".(...)

Jornal Diário Notícias, 22-02-2013 - Taxa de alcoolemia reduzida para jovens e motoristas. Pg. 13. Escrito por Rute Coelho.

«Quando me pediram o meu comentário (Aires Gameiro) às novas alterações surgiu-me o termo incoerência e supremacia do poder da Indústria do Álcool sobre a saúde dos cidadãos. Levaram doze anos a sair as presentes alterações da lei do álcool e bem se esperava um passo mais nas políticas do álcool e a saúde pública. (...)

De positivo e mudança mais coerente é a lei do Código da Estrada relativa à alcoolemia nos condutores que baixa de 0,5 para 0,2 para os recém-encartados até três anos e para os condutores profissionais de veículos de socorro, mercadorias perigosas, táxis e coletivos de crianças e passageiros.»

Jornal da Madeira, 13-03-2013 - Incoerências da nova lei do álcool. Pg. 6. Escrito por Aires Gameiro

A tomada de decisão do Governo sobre a idade mínima diferenciada para a venda de bebidas alcoólicas levou a uma significativa reação das ONGs e outros atores sociais da Administração Pública no seio do FNAS. Na reunião do FNAS de Abril de 2013, ocorreu uma tomada de posição, com a divulgação de uma carta aberta onde os membros do FNAS reafirmavam as evidências que identificavam a idade mínima de 18 anos para venda e consumo de qualquer tipo de bebida e pediam uma revisão da decisão do Governo. Em última instância as ONGs assumiram a frente desta iniciativa em defesa do interesse público e das medidas cientificamente coerentes e efetivas. A posição assumida teve a aceitação e concordância plena dos representantes das entidades da Administração Pública, apesar do seu dever de obediência e lealdade com o Governo. O Secretário de Estado Adjunto da Saúde presente não reconheceu que voltou atrás no seu objetivo inicialmente anunciado.

«Posição do FNAS relativamente à medida “distinção na idade mínima legal de acesso em função dos tipos de bebidas alcoólicas” aprovada pela alteração ao decreto-lei que estabelece o regime de disponibilização, venda e consumo de bebidas alcoólicas em locais públicos e em locais abertos ao público.

(...) Tendo sido recentemente aprovado no Conselho de Ministros o decreto-lei que estabelece o regime de disponibilização, venda e consumo de bebidas alcoólicas em locais públicos e em locais abertos ao público, e que inclui a distinção na idade mínima legal de acesso em função dos tipos de bebidas alcoólicas, permitindo a manutenção do acesso a partir dos 16 anos de idade a todas as bebidas excetuando as bebidas espirituosas ou equiparadas, que fica restrito até os indivíduos completarem os 18 anos de idade, fomos surpreendidos com esta diferenciação que nem a evidência científica nem o bom senso conseguem justificar. Assim, os membros do FNAS gostariam de expressar e fundamentar o desacordo e o distanciamento relativamente a essa medida pelos motivos que passaremos a enunciar: ...

(...) Os membros do FNAS reiterando o seu desacordo relativamente à medida em referência, encontram-se disponíveis para o debate de propostas que contribuam claramente para a redução do consumo nocivo de álcool, em particular entre os grupos mais vulneráveis.»

Fórum Nacional Álcool e Saúde, Palácio dos Marquês da Praia e Monforte, Loures, 4 de Abril de 2013.

O Governo não voltou atrás na sua decisão, contudo, o Secretário de Estado Adjunto da Saúde, Leal da Costa, referiu que a lei previa a realização de um estudo para revisão do assunto em 2015, o que poderia resultar nesta altura na mudança desejada pelos membros do FNAS. Afirmou também que a decisão foi fruto do consenso possível, não a nível técnico científico ou do FNAS, onde justificou não se ter encontrado consenso global (ao contrário do que se pode constatar), mas sim a nível político no seio do Governo. Nas suas palavras, as alterações legislativas aprovadas foram passos significativos de melhoria numa legislação, que perdurava desde 2002 quando foi criada, e a decisão não sofreu influência de *lobbys*, mas sim de uma avaliação técnica das medidas²⁷⁶.

«(Entrevista a Fernando Leal da Costa, Secretário de Estado Adjunto da Saúde)

FLC - (...) Gostaria de chamar à atenção deste aspeto, que é muito importante: não percam mais tempo a tentar demonstrar que o Governo cedeu a este ou àquele lobby. Não é verdade. O Governo criou uma lei que dá passos muito significativos, nunca antes dados em Portugal, e que, como já tive ocasião de dizer, mesmo quando com alguma curiosidade leio comentários menos abonatórios sobre esta lei por quem a poderia ter alterado e nunca o fez, a essas pessoas só lembro que este Governo, definitivamente, fez qualquer coisa...

Como encara então a surpresa e até crítica manifestada por estas entidades que representam o Fórum Nacional Álcool e Saúde?

FLC – Estas pessoas são, todas elas, felizmente, muito exigentes. E o que digo a estas pessoas é que esta exigência, que é muito bem-vinda, tem que ser necessariamente associada a uma das grandes virtudes para o exercício da política, que é a paciência. E chamo mais uma vez a atenção para o facto de a própria lei prever a possibilidade de, num prazo curto, verificar se esta decisão política baseada na nossa leitura de argumentos técnicos, justifica ou não vir a ser alterada em Janeiro de 2015. E repare que Portugal, também

²⁷⁶ Notas de campo de observação participante junto do FNAS.

sobre esta matéria, não está isolado. Outros países têm seguido pelo mesmo caminho.(...)»

Revista Dependências, Mar./2013 – “Fórum Nacional Álcool e Saúde e as alterações legislativas: Governo diz sim, setor diz não”. Pg. 4-11.

«Questionado pelos jornalistas, Leal da Costa rejeitou um recuo face intenções expressas inicialmente por força de lóbis como o da indústria cervejeira - que tem como um dos líderes António Pires de Lima, dirigente do CDS-PP que desde o Verão se manifestou contra a subida da idade mínima para os 18 anos. "Lóbis? De forma nenhuma", garantiu, admitindo que esta passou a ser para si "a melhor lei possível" pois é a lei do governo.

O médico reconheceu o "bom senso extremo" do fórum e repetiu várias vezes que a lei é suscetível de melhorias e por isso será expresso no diploma que o SICAD deve apresentar até Janeiro de 2015 uma avaliação, que poderá levar à revisão. Desejou ao fórum que mantenha a exigência, alertando que isso implica também ter "paciência." Reconheceu que não tendo o regime reunido o consenso global de quem está no terreno, teve outro central em democracia: "esta lei é a que reúne ao nível dos decisores o maior consenso possível", disse.»

Jornal I, 05-04-2013 - Álcool. Especialistas não percebem critérios da nova lei. Pg. 1, 16, 17, 18 e 19. Escrito por Marta F. Reis

Para as ONGs, estas palavras reforçaram a perceção existente de que o Governo havia cedido a influências dentro do Governo e a nível político, fruto do *lobbying* da Indústria do Álcool.

« (...) o Secretário de Estado afirmou que "temos que ser mais exigentes, quanto mais formos capazes de ser pacientes", remetendo para a revisão da atual proposta de lei em Janeiro de 2015, após avaliação da competência do SICAD em colaboração com o próprio Fórum.

Leal da Costa, entrevistado nesta edição de Dependências, afirmou ainda perante o Fórum que "recentemente, demos passos muito importantes" e que "muitas vezes, estamos mais dispostos a criticar o que não fizemos do que a elogiar o que foi feito de positivo, nomeadamente uma lei que considera a possibilidade de ser revista em Janeiro de 2015, após avaliação do SICAD".

(...)

No final do FNAS, foi possível concluir que, face às alterações legislativas produzidas, que estiveram no centro da discussão, o Governo diz sim, o sector diz não (embora aceite o desafio de continuar – esperemos para ver a adesão e empenho no futuro). É indissfarçável algum desconforto instalado entre uma maioria que, de acordo com a evidência científica, era forçada a concordar com a proibição do consumo até aos 16 anos e um ministério que deverá ter encontrado anticorpos, provavelmente noutros ministérios, face ao que recentemente defendia...

Resta-lhes defender que foram os últimos a produzir alterações em matéria de restrições ao uso e venda... e esperarem por Janeiro de 2015 para, sob avaliação externa (por parte do SICAD) se refugiarem em novos argumentos para correção da lei. Da parte do SICAD, apesar da intenção revelada de colaborar na obtenção dos melhores resultados possíveis em matéria de redução de danos associados ao consumo de álcool, independentemente da lei em vigor, também pareceu notória alguma insatisfação face à escassez de coragem política de ir mais longe... (...)»

Revista Dependências, Mar./2013 – “Fórum Nacional Álcool e Saúde e as alterações legislativas: Governo diz sim, setor diz não”. Pg. 4-11.

Análise:

Após a aprovação do PNRPLA e implementação do FNAS, as ONGs intervenientes na área das políticas do álcool passaram a ter um canal de comunicação junto da Administração Pública que facilitou a transmissão das suas posições e da sua atividade ao Governo. A Comunidade de Saúde também esteve presente, mas com menor participação ativa e intervenção direta, em parte fruto da sua discordância em relação as políticas relacionadas com a administração dos serviços de saúde, bem como em relação a participação da Indústria do Álcool nas políticas públicas.

Ainda se identifica uma contenção nos atores sociais da Sociedade Civil, nomeadamente devido ao fato de grande parte destes se encontrar vinculada a serviços públicos ou desenvolver colaborações institucionais com os serviços do Estado, o que ainda limita a sua atuação crítica continuada e o confronto de ideias.

Algumas manifestações públicas importantes sobre a implementação do PNRPLA e reestruturação dos serviços de saúde foram produzidas neste período, com o intuito de chamar a atenção e pressionar o Governo e a Administração Pública sobre as carências estruturais e na alocação de recursos, bem como sobre a inércia na implementação das medidas legislativas previstas e necessárias. A mais significativa em termos de movimento social foi a organizada no seio do FNAS, relativa a legislação que definia a idade mínima de venda e consumo de bebidas alcoólicas, já no fim do período de vigência do PNRPLA 2010-2012.

Todavia, o impacto da atividade de *advocacy* das ONGs e da Comunidade de Saúde não ultrapassou a comunicação social mais especializada e foi pouco significativo junto do poder político e do Governo. O reconhecimento dos atores sociais sobre a necessidade de se promover um maior trabalho da Sociedade Civil Organizada junto dos partidos e do Governo começou a ocorrer.

A ação da Comunidade de Saúde e ONGs se centrou na exigência de preservação das estruturas e da qualidade dos serviços de saúde ligados aos PLA, com a identificação da necessidade do Governo proporcionar um maior investimento em recursos e meios em todas as suas áreas de atuação e colaboração com ONGs e outras entidades da sociedade. Uma outra importante ação exigida do Governo foi deste necessitar desenvolver uma maior e mais firme regulação da ação da Indústria do Alcool.

Apesar do consenso encontrado na ação dos atores sociais da Sociedade Civil Organizada, a sua pró-atividade, iniciativa e sucesso ainda são muito pontuais, individualizados e limitados.

5.2. A CONSTRUÇÃO DE MEDIDAS DE REGULAÇÃO E ALOCAÇÃO DO PNRPLA (WITHINPUTS)

- 1º Período: XVIII Governo Constitucional - PS (26/10/2009 - 21/06/2011)

Alocação

Do ponto de vista da organização, coordenação e operacionalização da intervenção na área dos PLA, Portugal tinha, desde 2007, como entidade responsável o IDT, integrado Ministério da Saúde. No momento seguinte a integração dos antigos CRAs no IDT, o orçamento do IDT sofreu um aumento, que não correspondeu a soma dos últimos orçamentos dos CRAs. Posteriormente, estes valores globais diminuíram progressivamente, acompanhando um período de instalação de uma crise económico-financeira do Estado.

Desde 2010, quando foi aprovado o PNRPLA, não houve lugar a orçamentação de verbas ou alocação de recursos diretamente ligados a implementação do plano. Basicamente, a gestão dos recursos disponíveis no IDT e demais serviços dos ministérios envolvidos nas políticas do álcool foi a solução encontrada para fazer jus as medidas programadas de reestruturação e desenvolvimento de serviços e intervenções.

Legislação e regulamentação

Não foi criada ou alterada qualquer legislação durante este período de criação e implementação do PNRPLA.

- 2º Período: XVIII Governo Constitucional – PSD/CDS (21/06/2011- 30/10/2015)

Alocação

Do ponto de vista da organização e operacionalização desta intervenção, Portugal assistiu a uma reestruturação dos serviços de saúde alocados no IDT, I.P. - Instituto da Droga e da Toxicodependência: os serviços descentralizados e de prestação de cuidados de saúde foram alocados às ARSs e os serviços centrais de coordenação das políticas

foram atribuídos a uma nova entidade – SICAD – que passou a ser uma Direção-geral do Ministério da Saúde.

O IDT foi oficialmente extinto em Janeiro de 2012, em resultado das novas leis orgânicas do Ministério da Saúde, publicada em Dezembro de 2011 e do SICAD, publicada em Janeiro de 2012. Contudo, a atuação prática do IDT na coordenação dos serviços descentralizados se consumou totalmente a 31 de Dezembro de 2012, quando, após um período de transição estes serviços ficaram totalmente a cargo das ARSs. No momento da reestruturação, o orçamento global destinado a área das adições e dependências sofreu um ligeiro aumento comparado com o orçamento anterior do IDT, mas foi distribuído entre as ARSs e o SICAD. Durante o período de 2011 e 2012 em que ocorreu a migração dos serviços e intervenções, não se teve uma clara noção da gestão e alocação dos recursos disponíveis, coincidindo com um período onde esses se tornaram muito escassos, com redução dos recursos humanos e meios e dificuldades de manter intervenções e projetos das ONGs convencionadas e com protocolos estabelecidos.

Até ao final deste semestre, João Goulão deverá concluir o plano nacional para os próximos anos (2013-2020) que, desta vez, vai alargar o leque de intervenção para outros comportamentos aditivos (como o jogo ou a Internet). "Teremos muitos pontos comuns com a estratégia europeia recentemente aprovada", adianta o presidente do SICAD, sublinhando que, atualmente, uma das questões mais preocupantes em Portugal é a "problemática do álcool".

No final de 2012, durante o debate do OE para 2013, o secretário de Estado da Saúde, Leal da Costa, adiantou que as verbas destinadas para o combate à droga em 2013 totalizavam 61 milhões de euros, mais dois milhões do que em 2012.

Goulão adianta que este organismo deverá contar com pouco mais de 16 milhões em 2013, ficando o restante entregue à gestão das administrações regionais de Saúde (ARS) (a equipa de 1700 funcionários do IDT foi integrada nas ARS e o SICAD manteve apenas 90 pessoas). "O total do financiamento previsto, para o SICAD e as ARS, vai permitir continuar os programas de prevenção e tratamento, as convenções e as políticas de redução de danos, como as equipas de ruas ou as casas de abrigo, entre outras linhas estratégicas", diz. Apesar de admitir um possível aumento das "recaídas" em certos padrões de consumo, Goulão considera que o "número de utentes" deverá manter-se estável este ano.

Garantir o financiamento adequado e a sustentabilidade no futuro dos resultados obtidos no atual contexto socioeconómico é, segundo o relatório divulgado ontem, um dos maiores desafios para o próximo ciclo estratégico.

Jornal Público, 15-01-2013 - Plano nacional contra toxicodependência vai ser alargado ao álcool, jogo e Internet. Pg. 9. Escrito por Andréa Cunha Freitas

Os cortes orçamentais verificados entre 2010 e 2012 acabaram por se estabilizar depois desse período. Todavia há que considerar que o âmbito de atuação se alargou, agora incluindo outros comportamentos adictivos para além das drogas e do álcool.

Legislação e regulamentação

Além das mudanças institucionais da reestruturação do IDT, com as alterações geradas na orgânica e funcionamento dos serviços, não ocorreram regulamentações específicas ligadas ao PNRPLA 2010-2012 durante o período da sua implementação.

Apenas em 2013 foi regulamentada a “Rede de Referência/Articulação no âmbito dos Comportamentos Aditivos e das Dependências” (Portugal, Ministério da Saúde. SICAD, 2013), por despacho do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde Dr. Leal da Costa. Esta rede respondia também a área dos PLA e a proposta contida no PNRPLA 2010-2012.

Na verdade, a Rede foi desenhada originalmente pelo IDT para as questões do álcool - Rede de Referência/Articulação para os Problemas Ligados ao Alcool - e aprovada pelo Secretário de Estado da Saúde, Dr. Manuel Pizarro ainda em Maio de 2011 (Portugal, Ministério da Saúde. IDT, 2011). Mas não foi oficializada pelo Ministério da Saúde antes do final do Governo de então.

Com a entrada em funções de um novo Governo, a reestruturação do IDT levou a mudanças na Rede de Referência e a inclusão de outras substâncias e dependências. Na altura da sua aprovação em 2013 a Rede de Referência encontrava-se apenas descrita e identificada no papel e não tinha ainda sido desenvolvida no terreno em cada uma das ARSs que dela faziam parte. A sua aplicação dependia ainda da sua divulgação, da formação dos profissionais chave e da definição de funções e procedimentos dos responsáveis pela articulação. Assim o seu impacto não poderia ser avaliado nos meses que se seguiram.

Em relação a legislação, não foi criado ou alterado qualquer diploma durante o período de implementação do PNRPLA 2010-2012. Entretanto após este período acabaram por ser aprovadas duas alterações legislativas associadas a propostas contidas no plano.

Aqui de encontra a legislação contextualizada nas categorias de políticas públicas a que se referem (ver Tabela 23) e a seguir se analisa o seu articulado, objetividade, adequação e exequibilidade em consonância com as medidas previstas no PNRPLA.

Tabela 23 – Legislação criada no âmbito do PNRPLA e políticas públicas a que dizem respeito.	
Legislação criada no âmbito do PNRPLA	Categoria de Política Pública ²⁷⁷
1. O Decreto -Lei n.º 50/2013, de 16 de abril (Portugal, 2013), define o regime jurídico de disponibilização, venda e consumo de bebidas alcoólicas em locais públicos e em locais abertos ao público. Introduz alterações ao Decreto-Lei n.º 9/2002 de 24 de janeiro.	“Regulação do acesso físico ao álcool” (que inclui as restrições à disponibilidade de álcool e a venda a menores).
2. Lei n.º 72/2013, de 3 de setembro (Portugal, 2013 ^a), décima terceira alteração ao Código da Estrada, aprovado pelo Decreto -Lei n.º 114/94, de 3 de maio, e primeira alteração ao Decreto -Lei n.º 44/2005, de 23 de fevereiro.	“Medidas para a condução sob o efeito do álcool”

5.2.1. Análise da Legislação criada

- **(1) O Decreto -Lei n.º 50/2013, de 16 de Abril (Define o regime jurídico de disponibilização, venda e consumo de bebidas alcoólicas em locais públicos e em locais abertos ao público. Introduz alterações ao Decreto-Lei n.º 9/2002 de 24 de janeiro).**

A legislação aborda as restrições a venda e consumo de bebidas alcoólicas e reflete as medidas que se encontram nas grandes categorias “Regulação do acesso físico ao álcool” (que inclui as restrições à disponibilidade de álcool e a venda a menores) e “Modificação de contextos de consumo de álcool” (inclui a redução de danos no consumo de álcool e nos ambientes envolventes) das dimensões de políticas públicas, à semelhança da legislação anterior aprovada no âmbito do PACA.

Este diploma possui os seguintes articulados referentes especificamente às medidas que foram alteradas tentando dar resposta ao PNRPLA 2010-2012, bem como introduzindo mais algumas restrições e medidas ligadas ao assunto:

«(...) **Artigo 3.º - Restrições à disponibilização, venda e consumo de bebidas alcoólicas**

1 - É proibido facultar, independentemente de objetivos comerciais, vender ou, com objetivos comerciais, colocar à disposição, em locais públicos e em locais abertos ao público:

a) Bebidas espirituosas, ou equiparadas, a quem não tenha completado 18 anos de idade;

b) Todas as bebidas alcoólicas, espirituosas e não espirituosas, a quem não tenha completado 16 anos de idade;

²⁷⁷ As políticas públicas no âmbito da condução sob o efeito do álcool, da educação e persuasão (inclui a educação, comunicação, formação e consciencialização pública e a embalagem e rotulagem de produtos com álcool) e de preços e taxas com vista a reduzir os danos não foram abrangidas por legislação.

c) Todas as bebidas alcoólicas, espirituosas e não espirituosas, a quem se apresente notoriamente embriagado ou aparente possuir anomalia psíquica.

2 - É proibido às pessoas referidas no número anterior consumir bebidas alcoólicas em locais públicos e em locais abertos ao público.

3 - Para efeitos da aplicação dos números anteriores, pode ser exigida a apresentação de um documento de identificação que permita a comprovação da idade, devendo tal pedido ser feito sempre que existam dúvidas relativamente à mesma.

4 - É ainda proibida a disponibilização, a venda e o consumo de bebidas alcoólicas:

a) Nas cantinas, bares e outros estabelecimentos de restauração ou de bebidas, acessíveis ao público, localizados nos estabelecimentos de saúde;

b) Em máquinas automáticas;

c) Em postos de abastecimento de combustível localizados nas autoestradas ou fora das localidades;

d) Em qualquer estabelecimento, entre as 0 e as 8 horas, com exceção:

i) Dos estabelecimentos comerciais de restauração ou de bebidas;

ii) Dos estabelecimentos situados em portos e aeroportos em local de acessibilidade reservada a passageiros;

iii) Dos estabelecimentos de diversão noturna e análogos.

5 - A violação do disposto da alínea b) do número anterior acarreta responsabilidade solidária entre o proprietário do equipamento e o titular do espaço onde aquele se encontra instalado.

6 - Para efeitos do disposto na alínea c) do n.º 4, a proibição abrange os edifícios integrados destinados a atividades complementares ao abastecimento de combustível, nomeadamente lojas de conveniência, não incluindo os estabelecimentos de restauração ou de bebidas.

7 - Sem prejuízo do disposto nos números anteriores, o facultar, vender ou, com objetivos comerciais, colocar à disposição bebidas alcoólicas em sala ou recinto de espetáculo, independentemente da sua natureza permanente ou temporária, accidental ou improvisada, nomeadamente em arraiais populares, concertos musicais ou festas académicas, é obrigatoriamente realizado em recipiente de material leve e não contundente.

8 - O disposto no número anterior não se aplica aos recintos fixos de espetáculos de natureza artística onde simultaneamente se desenvolvam atividades de restauração ou de bebidas, designadamente casas de fado, cafés-teatro e salas de espetáculos de casinos, nem aos recintos de espetáculos em que se realizem feiras, quando exista uma área reservada exclusivamente à prestação de serviços de restauração e bebidas, ou em mostras e ações de degustação realizadas em áreas delimitadas para o efeito.

9 - Os estabelecimentos a que se referem as subalíneas i) e iii) da alínea d) do n.º 4 e aqueles a que se refere o número anterior só devem permitir, para consumo de bebidas fora do espaço licenciado do estabelecimento, designadamente na via pública, a utilização de recipiente de material leve e não contundente.

(...)

Artigo 6.º - Fiscalização e encerramento temporário

1 - A fiscalização do cumprimento do disposto nos artigos 3.º e 4.º é da competência da Autoridade de Segurança Alimentar e Económica (ASAE), da Polícia de Segurança Pública e da Guarda Nacional Republicana, sem prejuízo das competências de fiscalização atribuídas a outras entidades.

2 - As autoridades referidas no número anterior podem, no decurso da fiscalização, determinar o encerramento imediato e provisório do estabelecimento, por um período não superior a 12 horas, quando e enquanto tal se revele indispensável para:

a) A recolha de elementos de prova;

b) A apreensão dos objetos utilizados na prática da infração; e ou

c) Para a identificação dos agentes da infração e dos consumidores.

3 - A determinação do encerramento provisório do estabelecimento pode também ocorrer, por um período não superior a 12 horas, se, perante a deteção de uma infração em flagrante delito, ocorrer perigo sério de continuação da atividade ilícita.

Artigo 7.º - Consumo por menores

1 - A violação do disposto no n.º 2 do artigo 3.º por menores tem por consequência a notificação da

ocorrência:

- a) Ao respetivo representante legal, nos casos em que os menores evidenciem intoxicação alcoólica;*
- b) Ao núcleo de apoio a crianças e jovens em risco localizado no centro de saúde ou no hospital da área de residência do menor, ou, em alternativa, às equipas de resposta aos problemas ligados ao álcool integradas nos cuidados de saúde primários da área de residência do menor, nos casos de reincidência da situação de intoxicação alcoólica, ou de impossibilidade de notificação do representante legal.*

2 - As notificações previstas no número anterior são da competência da entidade fiscalizadora que levanta o auto.

3 - As notificações são efetuadas através de modelo próprio, constando em anexo ao presente decreto-lei, do qual faz parte integrante.

4 - Se a violação do disposto no n.º 2 do artigo 3.º implicar perigo para o menor, nos termos do disposto no artigo 3.º da Lei n.º 147/99, de 1 de setembro, alterada pela Lei n.º 31/2003, de 22 de agosto, as entidades referidas no n.º 2 devem diligenciar para lhe por termo, pelos meios estritamente adequados e necessários e sempre com preservação da vida privada do menor e da sua família.

5 - Para efeitos do disposto no número anterior, as entidades referidas no n.º 2 podem solicitar a cooperação das autoridades públicas competentes, nomeadamente da Comissão de Proteção de Crianças e Jovens ou do representante do Ministério Público territorialmente competentes. (...)

Aparentemente foram contempladas parcialmente na alteração da legislação, as medidas descritas no PNRPLA 2010-2012 para a categoria “Regulação do acesso físico ao álcool”²⁷⁸, no que diz respeito a venda a menores.

Em termos gerais, essas categorias de políticas públicas possuíam a altura evidências científicas comprovadas de efetividade e recomendações internacionais para a sua aplicação que incluíam, a definição de idade mínima legal para compra e especial atenção ao reforço da sua aplicação, cumprimento e fiscalização.

A alteração mais marcante do diploma em relação às medidas previstas no PACA foi o fato de definir uma idade mínima variável para a venda e consumo público de acordo com o tipo de bebida alcoólica, ao contrário da idade mínima de 18 anos definida pelo PNRPLA 2010-2012. Este desvio do previsto no PNRPLA não foi uma ideia nova. Já tinha sido discutido durante a criação da legislação original em 2002 (antes desta definir os 16 anos como idade mínima de compra para todas as bebidas) e também recebeu na altura críticas da comunidade técnica e foi identificado pela comunicação social como um recuo de posição e uma cedência aos interesses.

A alteração legislativa aprovada em 2013 recebeu as mesmas críticas em relação a concretização de uma opção mais permissiva que a proposta e previamente anunciada.

Outras medidas previstas no PNRPLA foram desenvolvidas na legislação, como a maior responsabilização dos vendedores e consumidores infratores.

A regulamentação da disponibilização e consumo de álcool nos locais de trabalho da Administração Pública carece de renovação, com alteração da Portaria ainda em vigor.

A proibição parcial da atividade de venda e disponibilização de bebidas alcoólicas em postos de combustíveis e estabelecimentos que não de restauração ou diversão noturna no período entre às 0 e às 8 horas foi um avanço não proposto pelo PNRPLA, mas já referido parcialmente na criação do PACA como desejável.

²⁷⁸Venda a menores - Jovens, crianças e grávidas:

- Proposta de alteração da idade legal para a compra e o consumo de bebidas alcoólicas em locais públicos, de 16 para 18 anos. (medida 4.1.)

- Promoção da fiscalização sistemática nos locais de consumo e venda de bebidas alcoólicas e divulgação regular das respetivas ações. (medida 4.2.)

- Promoção da implicação dos fabricantes e distribuidores construindo compromissos de não comercializarem bebidas alcoólicas destinadas a crianças e adolescentes. (medida 4.4.)

O reforço da fiscalização foi melhorado na alteração da legislação, mas as condições objetivas de verificação do cumprimento, bem como os meios e recursos necessários às entidades responsáveis para uma fiscalização efetiva não foram previstos.

A legislação produzida foi objetivamente melhorada no aumento da restrição de venda a menores, mas na sua aplicação tornou-se mais complexa e de mais difícil fiscalização. Importa verificar a sua prática legislativa que põem em risco sua efetividade, o que irá permitir que no futuro se possa corrigir os erros que uma idade mínima variável pode trazer e as falhas que a legislação pode causar a uma fiscalização mais efetiva. Era expectativa de muitos dos atores sociais, desde a data da alteração legislativa em 2013, que a partir da avaliação da legislação prevista no próprio diploma para 2015 se pudesse redefinir a idade mínima de venda para os 18 anos, seguindo as evidências científicas e boas práticas existentes.

- **(2) Lei n.º 72/2013, de 3 de setembro (Décima terceira alteração ao Código da Estrada, aprovado pelo Decreto -Lei n.º 114/94, de 3 de maio, e primeira alteração ao Decreto -Lei n.º 44/2005, de 23 de fevereiro).**

A alteração da legislação em causa aborda as restrições a condução sob o efeito do álcool para grupos de condutores específicos e reflete em parte as medidas que se encontram na grande categoria “Medidas para a condução sob o efeito do álcool” das dimensões de políticas públicas.

Este diploma possui os seguintes articulados referentes especificamente às medidas que foram alteradas tentado dar resposta ao PNRPLA 2010-2012, bem como introduzindo mais algumas restrições e medidas ligadas ao assunto:

SECÇÃO XII - Regras especiais de segurança

Artigo 81.º - Condução sob influência de álcool ou de substâncias psicotrópicas

1 —

2 —

3 — *Considera -se sob influência de álcool o condutor em regime probatório e o condutor de veículo de socorro ou de serviço urgente, de transporte coletivo de crianças e jovens até aos 16 anos, de táxi, de automóvel pesado de passageiros ou de mercadorias ou de transporte de mercadorias perigosas que apresente uma taxa de álcool no sangue igual ou superior a 0,2 g/l ou que, após exame realizado nos termos previstos no presente Código e legislação complementar, seja como tal considerado em relatório médico.*

4 — *(Anterior n.º 3.)*

5 — *(Anterior n.º 4.)*

6 — *(Anterior n.º 5.)*

7 — *Os limites de 0,5 g/l e 0,8 g/l referidos no número anterior são reduzidos para 0,2 g/l e 0,5 g/l, respetivamente, para os condutores em regime probatório, condutores de veículos de socorro ou de serviço urgente, de transportes coletivo de crianças e jovens até aos 16 anos, de táxis, de automóveis pesados de passageiros ou de mercadorias ou de transporte de mercadorias perigosas. (...)*

Aparentemente foram contempladas parcialmente na alteração da legislação, as medidas descritas no PNRPLA 2010-2012 para a categoria “Medidas para a condução sob o efeito do álcool”²⁷⁹, no que diz respeito Sinistralidade Rodoviária.

O PACA propunha já em 2000 a redução das taxas de alcoolemia para condutores recém-encartados, condutores de veículos de ligeiros de transporte público e de pesados

²⁷⁹ Sinistralidade Rodoviária:

- Proposta de redução da taxa de alcoolemia para condutores recém-encartados (período de carta provisória). (medida 6.1.)

de passageiros ou mercadoria, condutores de veículos de socorro, emergência e de transportes escolares.

Em termos gerais, essas categorias de políticas públicas possuíam a altura evidências científicas comprovadas de efetividade e recomendações internacionais para a sua aplicação que incluíam, redução do limite legal da concentração de álcool no sangue para a condução; limite legal da concentração de álcool no sangue para a condução mais baixo para jovens condutores (tolerância zero) e licenças de condução progressivas para condutores principiantes, entre outros.

A medida proposta pelo PNRPLA já se encontrava prevista desde 2001 numa recomendação da Comissão Europeia e fazia parte das propostas de alteração ao Código da Estrada, discutido desde a altura da discussão pública do PNRPLA, em 2009. A introdução de outras restrições a grupos de condutores profissionais reforçou a especificidade dos objetivos desejados pela alteração legislativa.

5.3. O DESENVOLVIMENTO DAS PRÁTICAS LEGISLATIVAS E ADMINISTRATIVAS (WITHINPUTS) E AS RESPOSTAS E MUDANÇAS RESULTANTES (OUTPUTS) DO PNRPLA

No geral, poucas foram as políticas públicas implementadas e desenvolvidas pelo PNRPLA e as que ocorreram foram extremamente deficientes. As medidas de regulação legislativas foram suspensas e as medidas de reforço da aplicação da lei foram pouco desenvolvidas. As medidas de alocação de recursos e meios ficaram totalmente prejudicadas com a crise económico-financeira e cortes orçamentais que se fizeram sentir a partir do final da década de 2000 e durante todo o período de vigências do PNRPLA 2010-2012.

Analisar o seu processo de desenvolvimento a partir das práticas legislativas e administrativas das intervenções, serviços e programas é uma tarefa bastante inconsistente diante da ausência de nova legislação e de reforço da já existente através dos meios para a sua aplicação, bem como diante das carências de recursos e meios que forma disponibilizados para a execução do plano. Acresce as reestruturações dos serviços que dificultam um acompanhamento das atividades e prestação de cuidados de saúde desenvolvidas ao longo do tempo, devido a alterações e descontinuidades das suas práticas e condições, que por conseguinte, afetam os indicadores da sua produção.

Seria inadequado procurar identificar resultados das atividades e intervenções desenvolvidas quando estas foram inconsistentes e ineficientes para produzir algum efeito que lhes possa ser associado. Ao se analisar o processo de implementação do plano, a partir das condições que promoveram o seu desenvolvimento, regulamentação e criação de serviços, pode-se agora discutir uma relação consequente com uma fase posterior de práticas legislativas e funcionamento de serviços. Somente se essas práticas e prestações persistirem podem alterar a situação ambiental e o comportamento dos indivíduos. Mesmo assim, esses últimos podem ser afetados por outros fatores externos ao plano.

No decorrer do período de implementação do PNRPLA 2010-2012 estiveram em curso outros acontecimentos e intervenções externos, que produziram efeitos a nível das respostas ou dos resultados da implementação do plano, mas fazem parte do contexto. As ocorrências contextuais foram discutidas anteriormente²⁸⁰, quando se fez um ponto da situação das medidas que antecederam ou se desenvolveram paralelamente a aprovação do PNRPLA 2010-2012. Por questões de racionalidade do processo das políticas públicas, identificar as ocorrências externas permite uma melhor compreensão dos fatores que afetam o desempenho das medidas do plano para cada categoria de política

²⁸⁰ Ver: 5.3.2. Medidas de Políticas Públicas do PNRPLA e 6.1.1. Contexto Social e de Saúde.

pública e seus efeitos. Permite estabelecer melhor em que medida as políticas públicas tiveram efeito ou foram influenciadas por outros fatores que incidiram nas suas respostas e resultados.

A complexidade dessas dimensões presentes demonstra a dificuldade de se estabelecer uma relação direta entre as medidas do plano e os resultados, como é reconhecido pelos responsáveis do PNRPLA 2010-2012. Apenas se identifica a concretização de medidas específicas de ordem estrutural ou funcional (como a Coordenação Nacional, o FNAS, a Rede de Referenciação, legislação e normas de orientação), portanto uma disponibilização de meios para se atingir um fim.

«(...) Que avaliação faz deste trabalho realizado ao longo dos últimos anos sob o desígnio da redução dos problemas ligados ao uso de álcool?»

Manuel Cardoso – É difícil afirmar que existe uma relação causa efeito. Mas há pelo menos a constatação de um esforço da sociedade, particularmente dos que lidam diretamente connosco, que são muitos, no sentido de uma ação conjugada e congregada na prossecução de resultados. Estou a lembrar-me do Fórum Nacional Álcool e Saúde, da Coordenação Nacional e de todos os parceiros da área da Administração Pública...

Assistimos a esta conferência de imprensa em que, entre as várias entidades, existe uma conjugação de esforços para atingir alguns objetivos. É verdade que o estudo revela resultados francamente bons na população em geral mas na população escolar já não são tão bons... (...)»

Revista Dependências, Moio-Junho/2013 – Entrevista com Manuel Cardoso: “Nova lei do álcool representa imensos ganhos”. Pg. 4-6.

Uma avaliação interna sumativa do cumprimento dos objetivos do PNRPLA 2010-2012 ou seja, uma formulação de um juízo globalizante sobre o grau de desenvolvimento das atividades do plano e participação dos atores envolvidos, feita pelos órgãos responsáveis pelo PNRPLA 2010-2012, pode ser obtida através dos relatórios anuais do IDT/SICAD sobre a situação do país em matéria de álcool e dos relatórios específicos que foram produzidos no final do período de vigência do PNRPLA 2010-2012, como no caso dos relatórios dos Grupos de Avaliação do PNRPLA 2010-2012²⁸¹ ou do relatório sobre o FNAS (Portugal, Ministério da Saúde. SICAD, 2013). Alguns dados descritos nestes documentos permitiram acompanhar as atividades desenvolvidas dos serviços e podem ser associados ao desenvolvimento dos objetivos das políticas públicas contidas no plano.

No geral, as considerações dos atores referem uma implementação incompleta das medidas previstas, algumas não puderam ser implementadas por contingências externas, outras foram tardiamente regulamentadas e sem resultados práticos ainda conhecidos.

A análise que se segue procura descrever por categoria de política pública, as ocorrências e alguns dados que permitam compreender o processo de desenvolvimento do PNRPLA 2010-2012, através das atividades que promoveram a sua implementação.

5.3.1. Categorias de políticas públicas e atividades desenvolvidas

- **(1) Medidas para a condução sob o efeito do álcool**

As políticas públicas relacionadas com a condução sob o efeito de álcool em Portugal resultam das políticas europeias e nacionais referentes a segurança rodoviária, que promoveu as mudanças e melhorias ao longo do tempo desde o começo dos anos 2000. Essas mudanças incluíram o aprimoramento da fiscalização, dos instrumentos e protocolos de deteção da TAS e dos processos administrativos e judiciais de repressão e punição.

²⁸¹ Documentos de trabalho dos Grupos de Avaliação do PNRPLA 2010-2012 (SICAD)

Nesse contexto, os responsáveis pelas políticas do álcool e pelo PNRPLA 2010-2012 do IDT/SICAD vieram reforçar a definição de medidas de segurança rodoviária para reduzir os níveis de consumo de álcool na condução. Todavia, já na aprovação do PNRPLA 2010-2012, em 2010, uma das limitações impostas pelo Governo, no âmbito das políticas do álcool, foi adiar qualquer medida legislativa de redução das TAS para condutores recém-encartados e condutores profissionais, referindo que investiria prioritariamente em medidas informação, sensibilização e responsabilização²⁸². Essa decisão afetou as políticas de segurança rodoviária. Nesta altura, o Ministro da Administração Interna confirmou a decisão e reafirmou a intenção de investir na fiscalização e repressão dos condutores que não cumprissem a legislação.

«O ministro da Administração Interna, Rui Pereira, admitiu esta terça-feira a necessidade de maior repressão para os condutores que conduzem alcoolizados, mas considerou que a legislação em vigor é suficiente para combater o abuso do álcool. (...)»

Sic Online, 30-11-2010 - Rui Pereira defende mais repressão para os condutores alcoolizados. On line. Escrito por Lusa.

Após meados de 2011, a crise económico-financeira do Estado e as reestruturações da Administração Central afetaram o desenvolvimento dos processos administrativos e judiciais. Nesse contexto, em 2012, foi constatado que quem fosse apanhado a conduzir com TAS acima do permitido poderia beneficiar da suspensão temporária do processo, medida prevista no Código de Processo Penal, mas não aplicada sistematicamente até então. A suspensão aplicava-se apenas aos casos de deteção em operações de fiscalização policiais. Alegações posteriores demonstraram que existia mesmo uma discrepância entre a ação administrativa sobre os casos menos graves de condução sob o efeito do álcool e a ação judicial sobre os casos mais graves. A conciliação e simplificação dos processos administrativos e judiciais foram contestadas pelas ONGs, que viram nisso um caminho para a impunidade, afetando o resultado das práticas legislativas e consequentemente as políticas públicas nesta área. No final, uma tomada de decisão do Ministério da Justiça repôs a obrigatoriedade de se levar os processos a julgamento, repondo o equilíbrio da prática legislativa. Neste período, os objetivos selecionados na aprovação do PNRPLA 2010-2012, de reforçar a fiscalização e repressão dos condutores prevaricadores, foram afetados na sua aplicação.

«Ausência de processo em tribunal para punição de condutores alcoolizados gera polémica Aplicação e medidas de substituição alvos de críticas {pág. 4}

Álcool: medida difícil de aplicar

Associações contra o fim de julgamento por condução alcoolizada Advogados dizem que a medida devia ter sido tomada há mais tempo

Substituir o julgamento de condutores alcoolizados por trabalho comunitário ou donativo pecuniário é uma medida "difícil de aplicar" e poderá ter um "efeito contrário". Quem o diz é o presidente da Associação de Cidadãos Automobilizados (ACA-M). A medida foi avançada pelo procurador-geral da República numa circular enviada a todo o Ministério Público, como publicada pelo Diário de Notícias. Para Manuel João Ramos, a medida "arrisca-se a ter um efeito contrário: o de continuar a contribuir para os sentimentos de impunidade ao volante". Também o presidente do Automóvel Club de Portugal (ACP) criticou a decisão. Para Carlos Barbosa a alteração faz com que nunca seja aplicada a cassação da carta, só possível em tribunal. Nem os condutores são julgados, nem se evita a condução sob o efeito de álcool, disse.

Por seu turno, para o bastonário da Ordem dos Advogados, Marinho Pinto, esta punição sem julgamento já devia ter sido tomada "há mais tempo" e estendida a outros crimes, "como pequenos furtos". Entretanto, a ministra da Justiça, Paula Teixeira da Cruz, referiu ontem que o fim dos julgamentos para crimes de condução com álcool já está consignado na lei. Comarcas como o Montijo e Angra do Heroísmo já o fazem, por exemplo.

Jornal Metro, 03-04-2012 - Álcool de difícil julgamento. Pg. 1 e 4.

²⁸² *Jornal Notícias, 27-05-2010 - Cirrose já afeta jovens de 30 anos. Pg. 10. Escrito por Gina Pereira.*

«Juristas e advogados justificam essa diferença pela forma diferente como funcionam a justiça penal e a administrativa

Os condutores apanhados com uma taxa de álcool no sangue entre 0,5 g/l e 1,2 g/l são sujeitos a contraordenações muitas vezes superiores às multas determinadas pelos tribunais em processos-crime por condução em estado de embriaguez, o que só acontece quando os condutores ultrapassam a fasquia do 1,2 g/l. Tal é assumido por juristas, advogados e magistrados ouvidos pelo PÚBLICO, que justificam a desproporcionalidade com o facto de a justiça administrativa e da penal terem modos diferentes de funcionamento, tendo a última que ter em consideração a situação económica do arguido, o que não acontece com a primeira.

A suspensão do processo-crime, que é cada vez mais corrente nos condutores apanhados pela primeira vez, agudiza mais esse fosso.»

Jornal Público, 06-04-2012 - Autoridade rodoviária pune condutores com álcool mais severamente que tribunais. Pg. 11. Escrito por Mariana Oliveira.

«Governo contradiz PGR e proíbe a suspensão provisória do processo para condutores alcoolizados.

Quem for apanhado a conduzir com excesso de álcool terá de enfrentar um julgamento, independentemente de ser um novato ou um repetente na conduta. A proposta de lei de revisão do Código de Processo Penal (CPP) que o Ministério da Justiça começou a enviar na semana passada para os parceiros, e a que o i teve acesso, proíbe a suspensão provisória do processo nestes casos, indo no sentido contrário ao que tinha sido pedido pelo procurador-geral da República (PGR). Pinto Monteiro enviou em Março uma circular para o Ministério Público (MP) a defender que, nos casos de condução em estado de embriaguez, os procuradores optassem pela suspensão provisória do processo em vez de julgamento, propondo ao arguido trabalho comunitário, um donativo para uma instituição ou uma ação de formação. Há uma semana, o PGR disse mesmo que a punição de condutores alcoolizados sem julgamento estava a ser “um sucesso”. Mas na proposta do governo – que precisa ainda do parecer dos parceiros antes de seguir para Conselho de Ministros e depois ser votada na Assembleia da República – determina-se que por exigências de prevenção da reincidência, “sempre que o crime seja punível com pena acessória de proibição de condução de veículos com motor”, é obrigatório o arguido ser julgado. (...)»

Jornal I, 25-04-2012 - Condutores com excesso de álcool não escapam a julgamento. Pg. 1,2 e 3 escrito por Sílvia Caneco.

Durante o período de 2010-2012, a Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária e o Ministério da Administração Interna continuaram a apoiar e participar de campanhas de sensibilização e redução de danos em conjunto com outras entidades, onde se destaca a ANEBE, organização ligada a Indústria do Alcool. A Campanha da ANEBE “Brigadas 100% Cool” fez parte dos compromissos assumidos junto do FNAS e foram monitorizadas pelo FNAS e realizou no período de 2010-2012 mais de 400 ações direcionadas a condutores designados que participavam voluntariamente da abordagem (Portugal. Ministério da Saúde. Serviço Intervenção em Comportamentos Aditivos e Dependências, 2013^a)²⁸³. Esta Campanha possuía uma forte estratégia de comunicação, tendo suas ações destaque nos meios de comunicação social.

«Quase 80% dos mais de 1300 jovens condutores fiscalizados desde Junho nas ações 100% Cool não apresentavam qualquer taxa de alcoolemia, segundo dados da operação Verão Seguro, realizada em todo o país.

A PSP e a GNR realizaram desde meados de Junho deste ano 40 operações 100% Cool, promovidas pela Associação Nacional de Empresas de Bebidas Espirituosas (ANEBE), com o objetivo de sensibilizar os jovens para o consumo moderado de álcool.

Nas ações já realizadas em todo o país, incluindo regiões autónomas, foram fiscalizados 1.323 condutores entre os 18 e os 30 anos, dos quais a grande maioria - 1.031 (77,9%) - conduzia com 0,00 gramas de álcool por litro de sangue (g/l).

Apenas 11 condutores apresentavam uma taxa de alcoolemia entre os 0,80 e os 1,19 g/l, correspondendo a uma contraordenação muito grave. Dos jovens que foram sujeitos à fiscalização, 15 tinham uma taxa entre

²⁸³ Documentos produzidos no âmbito do FNAS.

os 0,50 e os 0,79 g/l (o que corresponde a uma contraordenação grave).

A conduzir com uma taxa entre os 0,01 e os 0,49 g/l (sem contraordenação) foram identificados 266 jovens.

Nas ações de sensibilização, os condutores detetados sem álcool recebem um prémio, que podem depois trocar por senhas de 20 euros em combustível ou ofertas dos parceiros da campanha, entre os quais o Automóvel Clube de Portugal, mas excluindo Associação Nacional de Empresas de Bebidas Espirituosas.»

Jornal Notícias, 25-08-2011 - Maioria dos condutores jovens sem álcool. Pg. 7.

«A GNR e a Associação Nacional de Bebidas Espirituosas (ANEBE) realizam, esta noite, 14 de setembro, em Braga, a ação "100% Cool" que visa sensibilizar os jovens para o consumo moderado de álcool. O "100% Cool" é a mais antiga e contínua campanha de prevenção rodoviária privada em Portugal, assinalando em 2012 o seu 10.º aniversário.

A iniciativa consiste numa ação de patrulhamento normal, na qual elementos da GNR e da ANEBE vão realizar testes de alcoolemia e atribuir prémios simbólicos aos condutores que registem taxas de alcoolemia de zero por cento. Os prémios constituídos por descontos nos parceiros ou vales de combustível no valor de 20€ serão atribuídos aos condutores, com idades entre os 18 e os 30 anos, que registem zero por cento de álcool no teste de alcoolemia e transportem, pelo menos, mais dois amigos seguindo a filosofia subjacente ao conceito do "Condutor Designado 100% Cool".

Segundo a ANEBE, a campanha de prevenção rodoviária difere em larga medida de muitas outras desenvolvidas no nosso país, pois procura evitar o lado repressivo, apostando antes na educação, motivação e responsabilização dos jovens para um consumo moderado de álcool. A ação revela um impacto direto na batalha pela redução de vítimas na estrada nomeadamente junto dos jovens condutores.

As últimas estatísticas dão conta de um decréscimo de vítimas mortais na faixa etária dos 18 aos 24 anos na ordem dos 74 por cento quando comparado com outros grupos etários, onde o decréscimo se situa nos 43 por cento. Também o número de feridos graves nos jovens decresceu 66 por cento.

A iniciativa "100% Cool" promovida pela ANEBE conta com um vasto leque de parceiros e apoios institucionais, entre eles, a GNR, a PSP, Ministério da Administração Interna, Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária, entre outros parceiros.

O "100% Cool" é promovido pela Associação Nacional de Bebidas Espirituosas (ANEBE) desde 2002 e conta com o alto patrocínio da Presidência da República.

O eixo central do "100% Cool" são as brigadas constituídas por jovens que se deslocam aos locais de diversão noturna para sensibilizar os jovens para o consumo moderado de álcool, realizar testes de alcoolemia e premiar simbolicamente os jovens com zero por cento de álcool. A campanha tem como público-alvo os jovens entre os 18 e os 30 anos e por objetivo sensibilizar os jovens para o consumo moderado de álcool.»

Jornal Diário do Minho, 14-09-2012 - Brigada "100% Cool" sensibiliza jovens. Pg. 8.

A estratégia de comunicação referente às ações de fiscalização da GNR e PSP foi efetivamente explorada pelas entidades públicas responsáveis pela segurança rodoviária para dar visibilidade a fiscalização e sensibilizar o público. Praticamente, todas as operações de fiscalização no trânsito foram reportadas em comunicados de imprensa e publicadas nos principais meios de comunicação exaustivamente. No decorrer dos anos tanto o aumento do número de operações de trânsito, como as estratégias de comunicação na imprensa aumentaram substancialmente. No levantamento feito de artigos de *media* em base de dados para a investigação, a grande maioria dos artigos identificados se referia aos números das operações de fiscalização no trânsito, nomeadamente referentes a condução sob o efeito de álcool, como os reproduzidos abaixo.

«Detidos 42 condutores com álcool em operação na noite

A PSP DETEVE 43 pessoas e identificou 19 mulheres suspeitas de permanência ilegal no país em operações entre a noite de anteontem e a madrugada de ontem, no Porto e em Gaia.

Quase todas as detenções (42) estiveram relacionadas com condução sob efeito do álcool e uma deveu-se a tráfico de droga, em Gaia, tendo culminado na apreensão de haxixe para 260 doses. Segundo um comunicado do Comando da PSP do Porto, foram realizadas, em colaboração com o SEF, fiscalizações em estabelecimentos noturnos e na estrada, "de forma a promover o sentimento de segurança junto dos cidadãos".

Nos estabelecimentos foram identificados 67 indivíduos e registaram-se 17 notificações para comparência no SEF, uma para abandono voluntário do território nacional e outra para audição em processo de expulsão. Foram apreendidos uma aparelhagem de som, três leitores de DVD, quatro colunas e uma mesa de mistura. A nível rodoviário, foram identificados e sujeitos ao teste de alcoolemia 294 condutores e houve 57 infrações “ao Código da Estrada e demais legislação rodoviária”.

A PSP esclareceu que os detidos com álcool foram notificados para comparecer hoje ao Tribunal de Pequena Instância Criminal e que o detido por tráfico de estupefacientes será presente ao Ministério Público de Gaia.»

Jornal Notícias, 16-04-2012 - Detidos 42 condutores com álcool em operação na noite. Pg. 10.

«GNR detém 108 condutores por excesso de álcool

A GNR deteve, só no domingo, 108 pessoas na sequência da Operação Baco, destinada à fiscalização da condução sob o efeito do álcool nas estradas portuguesas. De todos os detidos, anunciou a Guarda num comunicado, 95 apresentavam excesso de álcool no sangue e 11 não tinham habilitação legal para conduzir. A operação levou ao levantamento de 805 autos de contraordenação e foram fiscalizados 7944 condutores.»

Jornal I, 13-11-2012 - GNR detém 108 condutores por excesso de álcool. Pg. 7.

Uma avaliação informal feita, no final do PNRPLA 2010-2012, pelos responsáveis do SICAD refere que houve efetivamente um aumento do número de indivíduos fiscalizados. Apesar dos níveis recomendados de fiscalização não terem sido atingidos, o nível de fiscalização e sua visibilidade serve como mensagem de dissuasão.

« (...)... Estamos num país em que a fiscalização não é propriamente um culto instituído...

Manuel Cardoso – Numa coisas sim, noutras não... Por toda a Europa, o grande problema de muitas legislações, como a da condução e do consumo, prende-se com a obrigatoriedade da implementação de fiscalização. Se não houver, continua a haver mortes na estrada. A recomendação atual para o nosso país aponta para que cada condutor seja rastreado pelo menos três vezes durante a vida e ainda não chegámos a essa capacitação mas não menos verdade que os rastreios subiram de 400 mil para mais de um milhão por ano, o que significa que existe uma operacionalização do rastreio que funciona como uma mensagem. As pessoas percebem, deste modo, que não podem conduzir se beberem. O que está por trás disto não é propriamente a punição mas sim a dissuasão deste tipo de comportamentos. (...)»

Revista Dependências, Moio-Junho/2013 – Entrevista com Manuel Cardoso: “Nova lei do álcool representa imensos ganhos”. Pg. 4-6.

Desde o início dos anos 2000, se verificou o decréscimo contínuo dos acidentes de viação com vítimas e uma ainda maior redução das vítimas mortais em Portugal, garantido a aproximação às médias europeias (Donário e Santos, 2012). São inúmeros os fatores humanos, de infraestrutura viária e dos veículos que afetam esses números e a condução sob o efeito do álcool é um dos fatores humanos que aumenta a probabilidade desses eventos ocorrerem, por isso é um objetivo a redução desse comportamento. No período abrangido pelo PNRPLA 2010-2012, os valores dos indicadores associados à condução sob o efeito do álcool podem ter diminuído em termos absolutos, acompanhando os números globais, mas não se reduziram percentualmente da mesma forma, o que demonstra uma tendência de manutenção do comportamento em questão apesar dos esforços desenvolvidos.

O nível global de fiscalização da condução sob o efeito do álcool desenvolvido pelas forças de segurança sofreu um relativo aumento no período de 2010 a 2013. Apenas uma parte dos indivíduos fiscalizados são submetidos a testes de alcoolemia. Os números apresentados pela ANSR dão conta da evolução do número de condutores fiscalizados para a condução sob o efeito do álcool e do número de infratores identificados, que aumentou durante todo o período de 2010 a 2013. Já os valores percentuais dos infratores no total de indivíduos testados variaram, com uma subida até 2011 e uma descida nos anos seguintes para valores ligeiramente menores que os iniciais, o que pode demonstrar a ocorrência de uma inibição do comportamento de condução sob o efeito do álcool conforme se aumenta o número de indivíduos fiscalizados e, já reportando a 2013, se reduz o limite legal da TAS para grupos de risco específicos, como ocorreu com

condutores recém-encartados e profissionais (Portugal. Ministério da Administração Interna. Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária, 2014^a) (ver Tabela 24).

Tabela 24 – Indivíduos fiscalizados na condução sob o efeito de álcool e infratores entre 2010 e 2013				
Ano de referência	2010	2011	2012	2013
Nº total de indivíduos fiscalizados na condução sob o efeito de álcool	1125364	1172445	1401318	1559873
Nº total de infratores (TAS = ou > 0,5 g/l)	42775	50127	55663	53593
% Infratores do total de indivíduos fiscalizados	3,80%	4,28%	3,97%	3,44%
(Portugal. Ministério da Administração Interna. Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária, 2014 ^a).				

Os valores percentuais dos infratores na condução sob o efeito do álcool no universo dos indivíduos fiscalizados não se alteraram tanto. Apenas aumentaram no meio do período, mas desceram para valores próximos dos iniciais a partir de 2013, ano em que se reviu o Código da Estrada e se introduziu limites mais baixos de TAS para condutores recém-encartados e grupos profissionais. Esta variação ocorreu tanto para os infratores com TAS acima do limite legal (valores iguais ou superiores a 0,5 g/l), como para os infratores com TAS correspondente a crime (valores iguais ou superiores a 1,2 g/l). Contudo continua a ser preocupante a percentagem de situações de condução sob o efeito de álcool que caracterizam crime, sempre superiores a 40% dos casos identificados. Os dados disponíveis indicam uma tendência de estabilização do comportamento de condução sob o efeito do álcool no universo dos condutores fiscalizados durante o período de vigência do PNRPLA 2010-2012, mas as alterações legislativas introduzidas após este período podem promover melhorias nos indicadores e resultados (Portugal. Sistema de Segurança Interna, 2011, 2012, 2013, 2014) (ver Tabela 25).

Tabela 25 – Total de condutores fiscalizados e resultados das TAS dos infratores entre 2010 e 2014					
Ano de referência	2010	2011	2012	2013	2014
Nº total de indivíduos fiscalizados	2979399	2857163	3136174	3273783	3011359
Condutores com TAS = ou > 0,5 g/l (total de infratores)	47318	52306	59426	49358	48091
% Infratores (TAS = ou > 0,5 g/l) do total dos condutores fiscalizados	1,59%	1,83%	1,89%	1,51%	1,60%
Condutores com TAS = ou > 1,2 g/l (crime)	21770	22545	24848	21120	20657
% Infratores (TAS = ou > 1,2 g/l) do total dos condutores fiscalizados	0,73%	0,79%	0,79%	0,65%	0,69%
% Infratores de crime (TAS = ou > 1,2 g/l) no total e infratores (TAS = ou > 0,5 g/l)	46,01%	43,10%	41,81%	42,79%	42,95%
(Portugal. Sistema de Segurança Interna, 2011, 2012, 2013, 2014)					

As vítimas mortais de acidentes de viação com TAS acima dos limites legais (condutores, peões e passageiros) apresentaram valores absolutos que têm diminuído ao longo dos anos para todas as categorias, seguindo a tendência de diminuição das vítimas mortais de acidente de viação em geral. Já os valores percentuais têm variado entre 2010 e 2013, mas sem tendências definidas. Conforme os dados do Instituto Nacional de

Medicina Legal e Ciências Forenses (INMLCF), no caso dos condutores, principal alvo da fiscalização, os valores oscilaram a volta do valor médio que manteve-se nos 35,1%, próximo dos valores da segunda metade da década de 2000. Também os peões e passageiros vítimas mortais apresentaram valores percentuais variáveis, que, apesar duma redução nos peões, em termos médios permaneceram acima dos 20% no período (Portugal. Ministério da Saúde. Serviço Intervenção em Comportamentos Aditivos e Dependências, 2014, 2015, 2015^a; Portugal. Ministério da Administração Interna. Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária, 2014) (ver Tabela 26).

Tabela 26 – Vítimas mortais de acidentes de viação autopsiadas no INMLCF com TAS acima do limite legal (0,5 g/l) entre 2010 e 2013.

Período de 2010 a 2013	Condutores	Peões	Passageiros	Não identif.*
Nº total de indivíduos examinados	1277	527	237	--
Nº total de indivíduos examinados que apresentaram TAS acima do limite legal (0,5 g/l) (2010-2013) (n=831)	448	108	55	220
Nº de Indivíduos em 2010 (n=242)	134	36	21	51
Nº de Indivíduos em 2011 (n=228)	117	23	18	70
Nº de Indivíduos em 2012 (n=193)	105	27	6	55
Nº de Indivíduos em 2013 (n=168)	92	22	10	44
% dos indivíduos que apresentam TAS acima do limite legal (0,5 g/l) no total de indivíduos examinado (2010-2013)s	35,1%	20,5%	23,2%	--
% de Indivíduos em 2010	37,1%	26,7%	23,3%	--
% de Indivíduos em 2011	32,7%	16,0%	23,1%	--
% de Indivíduos em 2012	37,4%	19,7%	16,7%	--
% de Indivíduos em 2013	33,2%	19,8%	30,3%	--

(Portugal. Ministério da Saúde. Serviço Intervenção em Comportamentos Aditivos e Dependências, 2014, 2015, 2015^a; Portugal. Ministério da Administração Interna. Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária, 2014).

Os intervenientes em acidentes de viação e aqueles que são objeto de ações de fiscalização pelas forças de segurança, que foram examinados no INMLCF, apresentam valores percentuais de TAS ainda mais elevados que os das vítimas mortais. As variações anuais continuam a ocorrer, mas ainda mantêm-se a volta da média de 62,5% para os condutores e 37,3% para os peões (ver Tabela 27).

Os dados indicam que os níveis de fiscalização, em termos de segurança rodoviária, aumentaram ao longo dos últimos anos, tendência que parece ter atingido também a fiscalização da condução sob o efeito do álcool. A redução dos acidentes e das vítimas mortais é uma tendência global que atinge igualmente as vítimas associadas a condução sob o efeito do álcool.

O aumento dos níveis de fiscalização se refletiu no aumento do número de casos absolutos de infração na condução sob o efeito do álcool, mas não contribuiu para alterar a dimensão desse comportamento na condução. A visibilidade da fiscalização na comunicação social e junto ao público aumentou a perceção do risco de se ser fiscalizado e punido mais que para o risco de se conduzir sob o efeito de álcool, todavia não parece ter tido impacto neste comportamento por parte dos condutores.

Tabela 27 – Percentagem de indivíduos intervenientes em acidentes de viação + indivíduos objeto de fiscalização com TAS acima do limite legal (0,5 g/l) entre 2010 e 2013

Período de 2010 a 2013	Condutores	Peões
Nº de indivíduos examinados (N= 17868)	15893	1975
Nº de Indivíduos examinados que apresentaram TAS acima do limite legal (0,5 g/l) (n= 10664)	9927	737
% dos que apresentam TAS acima do limite legal (0,5 g/l) no total de indivíduos examinados	62,5%	37,3%
% em 2010	62,4%	40,2%
% em 2011	64,8%	33,3%
% em 2012	59,6%	38,0%
% em 2013	62,5%	38,0%

(Portugal. Ministério da Administração Interna. Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária, 2014).

Apesar dos números absolutos dos indicadores selecionados terem diminuído, tal corresponde a uma tendência global da sinistralidade mais do que uma tendência específica dessa área, com pouca alteração dos valores percentuais.

As medidas legislativas direcionadas a prevenir, minimizar ou inibir a condução sob o efeito do álcool e reduzir os danos associados, como infrações, acidentes e mortes, introduzidas em 2013, podem vir a reduzir percentualmente a condução sob o efeito do álcool no global dos fatores ligados a segurança rodoviária.

- **(2) Estratégias de educação e persuasão (inclui a educação, comunicação, formação e consciencialização pública e a embalagem e rotulagem de produtos com álcool)**

Já na aprovação do PNRPLA 2010-2012 uma das limitações anunciadas pelo Governo foi adiar qualquer medida legislativa de restrição da publicidade a bebidas alcoólicas, referindo que investiria prioritariamente em medidas informação e sensibilização do público em geral²⁸⁴. Entretanto, com o agravar da crise económico-financeira do Estado, os cortes no orçamento do IDT para 2011 levaram a suspensão das campanhas de sensibilização e prevenção previstas²⁸⁵. Em 2011, a opção inicial de ações de sensibilização continuava a ser descartada pelos responsáveis do IDT, não mais pela ausência de financiamento apenas, mas por não serem efetivas. Em contrapartida começa a defesa de medidas legislativas e de reforço da fiscalização.

«Questionado sobre o recurso a campanhas de sensibilização, Manuel Cardoso (Direção do IDT e coordenador do PNRPLA) considera que estas trazem habitualmente poucos ganhos e no caso das substâncias ilícitas é mais promotora de consumos do que propriamente de sensibilização para o não consumo. “Estamos a falar de padrões de consumo, não serão as campanhas publicitárias a mudar comportamentos. Tem que ser muitíssimo mais próximo e esse é que é de certo modo o trabalho difícil e que por isso não aparece tanto”.

Manuel Cardoso mostrou ainda preocupação com a falta de fiscalização efetiva relativamente à idade mínima para consumir. Mostrando-se favorável ao aumento da fasquia para os 18 anos, matéria em que afirma haver unanimidade, o responsável considerou urgente rever a legislação atual, para tornar efetiva a fiscalização, e simultaneamente alterar a idade dos atuais 16 anos.»

Público Última Hora, 25-05-2011 - Um ano depois, rede de referência para o álcool quase não passou do papel. Online.

²⁸⁴ Jornal Notícias, 27-05-2010 - Cirrose já afeta jovens de 30 anos. Pg. 10. Escrito por Gina Pereira.

²⁸⁵ Tempo Medicina, 22-11-2010 - IDT vai concentrar esforço no tratamento. Pg. 20 e 21.

As estratégias de educação e persuasão, que incluem campanhas de informação e sensibilização, foram assim abandonadas pelos responsáveis pelas políticas do álcool durante os dois Governos em que vigorou o PNRPLA 2010-2012, deixando um vazio na abordagem de Saúde Pública nesta área. Mas a Indústria do Alcool, que sempre as considerou como essenciais para o desenvolvimento de um consumo responsável e moderado de álcool, as promoveu, especialmente no âmbito dos compromissos do FNAS. As campanhas de sensibilização desenvolvidas pela Indústria do Alcool foram várias nos anos que antecederam o plano e ao longo dos anos em que este esteve em vigor. Uma série de referências nos meios de comunicação social foram identificadas sobre as campanhas, produzidas e implementadas por organizações de representação social e as próprias marcas da Indústria do Alcool, como ACIBEV, FENADEGAS, APCV, SCC, Grants, etc. A maior parte dessas campanhas estão relacionadas com a condução sob o efeito do álcool (visando a redução dos riscos e danos associados) ou com educação e sensibilização do público sobre como e em que circunstâncias beber (visando promover o chamado “consumo moderado e responsável”). As evidências científicas recolhidas internacionalmente demonstram que a efetividade dessas campanhas e ações é muito baixa ou tem mesmo efeito contrário ao que se deseja e algumas estratégias utilizadas são questionáveis, como o caso do condutor designado.

Durante o período do PNRPLA 2010-2012, a notoriedade gerada por essas campanhas, devido a fatores como o financiamento privilegiado recebido da Indústria do Alcool, as suas estratégias de marketing junto da comunicação social e o envolvimento e apoio de instituições públicas, levaram a que algumas ONGs, a princípio de áreas díspares da Indústria do Alcool, considerassem se associar a elas ou reproduzi-las como referência de boas práticas de prevenção. Entre elas se encontram entidades como PRP, CONFAP, ACA-M, etc.

Alguns atores sociais representantes da Sociedade Civil e ONGs criticam as estratégias utilizadas nessas campanhas e nas ações desenvolvidas, mas alguns desses atores acabam, ao fim de algum tempo, por se aliciar a elas.

Alguns bons exemplos dessas ações e do marketing associado podem ser vistos através das matérias publicadas na comunicação social, um misto de reportagem e promoção social do evento e dos parceiros envolvidos. Muitas dessas ações foram aprovadas e apoiadas pelo FNAS no âmbito dos compromissos assumidos pelos seus membros.

«Acidentes. Campanha da ACA-M abandona os "paninhos quentes". "Se bebeu, deixe-me conduzir", diz a figura da foice aos condutores

(...) Ontem, a noite de Santo António, em Lisboa, foi mote para o lançamento de uma campanha da Associação de Cidadãos Automobilizados (ACA-M), em colaboração com a PSP, principalmente destinada ao público jovem e que vai prolongar-se durante o Verão: a personagem principal é a morte. Imagens com dois metros e meio estão agora espalhadas pela cidade para tentar dissuadir comportamentos irresponsáveis.

O uso de uma imagem violenta, como a da morte, para alertar para atitudes de risco na estrada não é consensual, mas Manuel João Ramos, dirigente da ACA-M, considera que pode ser mais eficaz do que "campanhas de paninhos quentes." "É uma metáfora com uma aproximação bastante grande a uma realidade possível", diz, referindo-se também ao vídeo que a agência de publicidade Fuel [responsável pela elaboração da campanha] realizou e que retrata uma "situação normal numa saída à noite, em que muitas vezes se desvalorizam as pessoas razoáveis".

A campanha, intitulada "Morte na Estrada - Se bebeu, deixe-me conduzir", chama a atenção para o facto de ser necessário ter bom senso e assertividade para dizer 'eu saio daqui', refere, apontando o exemplo da lei francesa, em que não é apenas punido o condutor que mata alguém na estrada. Em caso de condução sob o efeito do álcool, "as pessoas que estão com ele também são condenadas por cumplicidade", garante. O dirigente da ACA-M desvaloriza qualquer problemática com o uso da imagem da morte: "A campanha tem uma imagem de facto forte, que faz uma ligação que para nós é óbvia e que muitas vezes as pessoas não se lembram", reitera.

Esta ação conjuga a sensibilização com a fiscalização. De um lado estão os alertas, mas, bem perto, estão também agentes da PSP, que disponibilizam testes de álcool preventivos. A campanha vai desenrolar-se em oito locais de Lisboa - Praça Luís de Camões, Cais do Sodré, Rossio, Mouraria, Largo Chafariz de Dentro,

ruas de Santa Apolónia e Voz do Operário e Largo do Terreiro do Trigo.

Críticas da Prevenção Rodoviária

Apesar dos elogios ao facto de aliar a sensibilização à fiscalização, que "conduz a uma maior eficácia" o presidente da Prevenção Rodoviária Portuguesa diz que "os estudos relativos a alterações comportamentais mostram que normalmente o uso deste tipo de imagens em campanhas não funciona". José Manuel Trigo considera que, "neste momento, todas as campanhas deviam ser precedidas de estudos relativamente à mensagem e ao público-alvo que pretendem alcançar", já que o problema da condução sobre o efeito do álcool é transversal a franjas muito diferentes da sociedade. Assim, "são um tiro às escuras".

"Estas coisas devem obedecer a planos genéricos de políticas de segurança rodoviária e não a ações soltas", diz. Para Trigo, se "não são aplicadas de forma coordenada, resultam de uma série de voluntarismos que infelizmente levam a pouca eficácia".»

Diário Notícias, 13-06-2011 - A 'morte' anda na estrada a alertar para perigos da condução com álcool. Pg. 20. Escrito por Joana de Belém.

«No âmbito do consumo moderado e responsável de cerveja com álcool, uma das prioridades da política de responsabilidade social corporativa da Sociedade Central de Cervejas (SCC) e da sua marca Sagres, a empresa marcou presença na Futurália 2012 - Salão de Oferta Educativa, Formação e Empregabilidade, com várias ações junto dos jovens, de incentivo ao consumo responsável.

No evento, que decorreu entre os dias 14 e 17 de março, na FIL, acolhendo cerca de cinquenta mil estudantes e jovens de todo o país, não faltou a cerveja sem álcool Sagres Zero, que, face ao seu teor alcoólico, pode ser apreciada em qualquer situação, nomeadamente nos momentos prévios e durante a condução.

O objetivo da SCC foi, uma vez mais, comunicar e sensibilizar os jovens para as problemáticas associadas ao consumo de álcool, nomeadamente àqueles que têm entre 14 e 18 anos, idades próximas para se obter a carta de condução.

"O consumo de cerveja com álcool e a condução segura é, para a nossa realidade nacional, o tema prioritário da agenda do consumo moderado e responsável de bebidas alcoólicas, que abrange ainda temas como o 'underage drinking' (consumo abaixo da idade legal) e o 'binge drinking' (consumo de forma excessiva num período curto de tempo)", defende a empresa. Numa parceria com a PRP - Prevenção Rodoviária Portuguesa, foi dada a oportunidade aos jovens de experimentarem vários simuladores que recriam, de forma educativa e lúdica, os efeitos da condução sob o efeito do consumo de bebidas alcoólicas.»

Jornal OJE / Suplemento, 10-04-2012 - SCC defende consumo responsável na Futurália. Pg. 3.

«Portugal é dos países da Europa onde se consome mais álcool. Nas estradas o resultado é trágico, com o país a destacar-se entre os que têm mais acidentes. Além da repressão é essencial prevenir. A Federação das Adegas Cooperativas (FENADEGAS) anda pelas escolas profissionais a ensinar aos jovens a beber com moderação.»

Tv SIC, Primeiro Jornal, 23-11-2012 - Contra o consumo excessivo de álcool. 13h46m. Apresentado por: Bento Rodrigues.

Algumas outras campanhas e atividades foram desenvolvidas no âmbito dos compromissos assumidos junto do FNAS neste período (Portugal. Ministério da Saúde. Serviço Intervenção em Comportamentos Aditivos e Dependências, 2013^a). A maior parte dos compromissos do FNAS procura dar resposta a objetivos da área da informação, sensibilização e educação (26), seguida das áreas dedicadas aos acidentes rodoviários (12) e a prevenção junto de crianças e jovens (12). Coincidentemente, são as áreas mais consensuais das políticas públicas em termos de apoio da Indústria do Álcool e das ONGs.

Um resumo das principais intervenções é reproduzido abaixo (ver Tabela 28). Apesar da avaliação feita pelo FNAS e da identificação dos produtos e ações realizadas, a eficácia de muitas das ações é questionável e a efetividade dos seus resultados difícil de identificar.

Tabela 28 - Entidades que desenvolveram estratégias de “educação e persuasão” no âmbito dos compromissos no FNAS

INDÚSTRIA DO ÁLCOOL	ESTRATÉGIA	PRODUTOS E AÇÕES
ANEBE	Sensibilização	Campanha Beba com cabeça, Website
TP / ANEBE	Formação	Formação de profissionais da hotelaria
APCV / CONFAP	Sensibilização	Manual para pais e encarregados de educação em contexto escolar
SV	Sensibilização	Projeto Porto Futuro - contexto escolar para professores e pais
SV	Formação	Formação de quadros da empresa e estabelecimento de um regulamento interno
SV	Sensibilização	Campanha Vinho com Moderação, Website
PR	Sensibilização	Informação a partir do Website institucional
AEVP	Sensibilização	Campanha Vinho com Moderação, Website
ACIBEV	Sensibilização	Campanha Vinho com Moderação, Website
CCP	Sensibilização	Produção de material preventivo / informativo Jogo didático
AHRESP	Sensibilização	Seminários sobre segurança e saúde no trabalho
ONGs	ESTRATÉGIA	PRODUTOS E AÇÕES
CNISS	Sensibilização	Ações junto a jovens
CNJ	Sensibilização	Formação e intervenção em contexto académico
DECO	Sensibilização	Informação a partir do Website institucional
FAP	Sensibilização	Ações junto a jovens carenciados / meio desportivo
FNAJ	Sensibilização	Ações junto a jovens
IPDJ	Sensibilização	Acolhimento e unidades móveis
ISJD	Sensibilização	Sessões de esclarecimento
UGT	Sensibilização	Trabalhadores, quadros, e representantes sindicais abrangidos pela disseminação dos materiais
SPMT	Formação	Evento científico para profissionais de Saúde
AA	Sensibilização	Sessões de sensibilização junto à população em geral
ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA	ESTRATÉGIA	PRODUTOS E AÇÕES
DGE	Educação	Projetos de escolas
PSP	Sensibilização	Intervenção em contexto escolar s
MDN	Formação	Formação de oficiais e operadores de prevenção

(Portugal. Ministério da Saúde. Serviço Intervenção em Comportamentos Aditivos e Dependências, 2013^a)

A área da sensibilização e persuasão, nomeadamente no que diz respeito a sensibilização pública, esteve dominada por uma estratégia da Indústria do Álcool que se legitimou pela sua influência e pelo seu marketing, mas também através do reconhecimento da sua contribuição por parte das autoridades responsáveis pelas políticas do álcool. As estratégias de educação e prevenção, nomeadamente em meio escolar se desenvolveram pouco neste período, apenas algumas ONGs continuaram a desenvolver ações em contexto escolar, mas sem expressão, dimensão e continuidade adequadas, e mesmo as iniciativas das entidades responsáveis pelo contexto escolar do

Ministério da Educação e Ministério da Saúde se restringiram a apoios pontuais a projetos de agrupamentos escolares e das próprias escolas. A formação desenvolveu ações pontuais para profissionais com responsabilidade no servir bebidas alcoólicas, feitas pela Indústria do Álcool, e algumas iniciativas direcionadas para o contexto laboral.

- **(3) Preços e taxas com vista a reduzir os danos causados pelo álcool**

Já na aprovação do PNRPLA 2010-2012, em 2010, uma das limitações anunciadas pelo Governo, através do Secretário de Estado Adjunto da Saúde, foi adiar qualquer medida legislativa ou fiscal sobre a política de preços das bebidas alcoólicas, referindo que investiria prioritariamente na "autorregulação" do sector (da Indústria do Álcool), representado no FNAS, prometendo, entretanto, atenção às mudanças e disposição para intervir "numa fase posterior"²⁸⁶, o que não ocorreu até o fim do PNRPLA 2010-2012, mesmo com mudanças no Governo e nas políticas fiscais.

O contrabando continuou a ser o principal problema identificado pelas autoridades, considerado como danosos da receita do Estado. As ramificações e estratégias dos contrabandistas cria vias alternativas de consumo sem consequências legais.

«No contrabando de álcool e tabaco, grupos com portugueses incluem também gente do Leste europeu e chineses na distribuição

As redes de contrabando e álcool a operar em Portugal são organizações internacionais e cada vez mais se dedicam ao álcool e ao tabaco, em simultâneo. "Têm elementos portugueses e estrangeiros, o que dificulta a ação das autoridades", refere o tenente-coronel Amândio Marques, da Unidade de Ação Fiscal (UAF) da GNR. (...)

"Mas destilarias e fábricas de bebidas alcoólicas ilegais em Portugal existem muitas. Já desmantelámos várias, no Norte e no Centro". É mais fácil às autoridades detetar o álcool produzido nas fábricas clandestinas "até porque o sabor é muito adulterado".

As bebidas alcoólicas de contrabando que mais chegam a Portugal são vodkas, gins, vinho do Porto e vinhos generosos. "Vão para a restauração e são introduzidas nas redes de distribuição".

As redes organizadas também já aprenderam a enganar os homens da Unidade de Ação Fiscal da GNR. "Neste ramo só é considerado crime a partir de 15 mil euros de prestação tributária. Temos assistido a um fenómeno: cada vez mais, na distribuição, os contrabandistas usam mercadoria cujo valor da prestação tributária é abaixo dos 15 mil euros. Nessas situações há apreensão da mercadoria mas não há detenção".

As investigações da UAF têm detetado as redes mistas de contrabando. "Investigámos uma rede que se dedicava ao contrabando de álcool e tabaco. Tinha uma fábrica de álcool em Inglaterra e outra cá". As linhas de montagem são como nas fábricas normais.

Jornal Diário Notícias, 05-08-2011- Redes de contrabando têm gente de várias nacionalidades. Pg. 5.

Em 2011, com a crise e a intervenção externa da "Troika" (FMI e EU), o novo Governo, cogita aumentar o IVA (Imposto sobre o Valor Acrescentado) sobre as bebidas alcoólicas na restauração no orçamento de 2012, com vista a aumentar as receitas do Estado e equilibrar as contas. A ideia foi logo rejeitada pelos atores sociais representantes da restauração, apesar de poderem beneficiar simultaneamente da redução do IVA na alimentação, pois tal alteração, segundo eles, seria muito prejudicial para os estabelecimentos noturnos. A decisão final sobre o valor do IVA na restauração, que seria adotada no Orçamento de Estado para 2012, aumentaria todo o IVA da restauração de 13% (taxa intermédia) para 23% (taxa normal), incluindo as bebidas alcoólicas. Essa alteração proposta pelo Governo não continha nenhuma abordagem de Saúde Pública ou intenção de inibir o consumo de álcool em si.

«Restaurantes poderão ter duas taxas diferentes

Tributação a duas velocidades nos restaurantes. É esta a ideia que está a ser estudada pelo Governo e que, se for para a frente no Orçamento do Estado para 2012, implicará um aumento da taxa de IVA sobre o vinho

²⁸⁶ *Jornal Notícias, 27-05-2010 - Cirrose já afeta jovens de 30 anos. Pg. 10. Escrito por Gina Pereira.*

e os refrigerantes para o nível máximo de 23%. A medida seria acompanhada de uma redução do imposto que incide sobre o serviço alimentar, que pagaria 6%. Os produtores vinícolas dizem que será a morte do sector. (...)

Contestação é o que promete, desde já, a Associação da Hotelaria, Restauração e Similares de Portugal (AHRESP). José Manuel Esteves, secretário-geral, admite que uma redução no que toca à prestação de serviços de alimentação "será sempre bem-vinda", mas alerta para o facto de haver "sectores que vivem quase exclusivamente das bebidas", como é o caso de estabelecimentos de animação noturna. "Passar todas as bebidas para a taxa de 23% seria arruinar a noite", declara.»

Jornal Negócios, 07-09-2011 - Governo estuda subida IVA sobre o vinho. Pg. 1, 4 e 5. Escrito por Filomena Lança.

Em contrapartida, o Governo alterou a lógica de atualização e definição das taxas do IABA (Imposto sobre o Alcool e as Bebidas Alcoólicas) a partir do orçamento de 2012. Até 2011, a prática da atualização era feita com base na inflação prevista para o ano seguinte para todas os tipos de bebidas alcoólicas. Desde então a definição das taxas passou a discriminar os diferentes tipos de bebidas alcoólicas na atualização das taxas do IABA, com agravamentos maiores para as bebidas espirituosas e produtos intermédios e menores para a cerveja. Todavia, a maior discriminação existente na taxa do IABA continuava a ser a taxa zero para o vinho e outras bebidas fermentadas, tranquilas e espumantes, que já ocorreria no passado e continuou a ser mantida. Tendo em conta que os aumentos foram sempre feitos com a preocupação de aumentar a arrecadação da receita do IABA, pode-se compreender que os aumentos tenham sido limitados para não afetar significativamente os preços e a venda de bebidas alcoólicas, mas é de difícil compreensão não se ter introduzido uma taxa ao vinho e outras bebidas fermentadas, tranquilas e espumantes, que trariam sempre mais alguma receita aos cofres públicos. O resultado final das receitas fiscais provenientes do IABA acabaria por se manter neste período. Em 2010 tinha sido de cerca de 182,1 milhões de euros e em 2011 era de 172,7 milhões de euros. Após a mudança de estratégia na definição das taxas do IABA a receita reduziu um pouco temporariamente em 2012 (168 milhões de euros), mas alcançava 173,1 milhões de euros em 2013 e 176,4 milhões de euros em 2014. (Portugal. Ministério da Saúde. Serviço Intervenção em Comportamentos Aditivos e Dependências, 2015, 2014).

Os valores percentuais dos aumentos entre 2010 e 2014 foram substanciais (ver Tabela 29), mas a sua definição variou de ano para ano de acordo com os interesses em causa, e pode-se constatar como foi sendo reduzido para a cerveja, em especial, o que indicia a influência desse setor nas decisões do Governo, que inclusive passou a contar com um antigo representante da setor cervejeiro nas funções de Ministro da Economia.

Tabela 29 – Valores do IABA e aumentos percentuais durante o período de 2010 a 2014				
Ano de referência	2010	2011	2012	2013
Bebidas Espirituosas (por hl de álcool contido na base de 100%, à temperatura de 20° C)	1 009,36 € --	1 031,57 € (7,5%)	1 108,94 € (7,5%)	1 192,11 € (5,0%)
Produtos Intermédios (por hl de produto acabado)	58,78 € --	60,07 € (7,5%)	64,57 € (1,3%)	65,41 € (5,0%)
Cerveja* (hl, Teor alcoólico > 0,5% e ≤1,2%)	6,96 € --	7,11 € (3,5%)	7,36 € (1,4%)	7,46 € (0,9%)
Vinho (por hl de produto acabado de vinho tranquilo e espumante)	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Outras Bebidas Fermentadas, Tranquilas e Espumantes (por hl de produto acabado)	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €

(Portugal. Ministério da Saúde. Serviço Intervenção em Comportamentos Aditivos e Dependências, 2015, 2014)

Nenhuma intervenção dos responsáveis pelas políticas do álcool ou da Saúde foi identificada ou parece ter influenciado as decisões no processo de definição dos impostos sobre bebidas alcoólicas. As alterações fiscais ocorreram antes de tudo por orientações do Governo e as maiores contribuições para a tomada de decisão vieram dos Ministérios das Finanças e da Economia. Da mesma forma, a ideia algumas vezes verbalizadas por responsáveis da Saúde e outros atores sociais, de serem destinadas verbas suplementares à Saúde e às políticas do álcool, tendo em consideração as receitas obtidas dos impostos sobre bebidas alcoólicas, não foram discutidas em profundidade ou concretizadas em termos objetivos neste período.

- **(4) Regulação do acesso físico ao álcool (inclui as restrições à disponibilidade de álcool e a venda a menores)**

Já na aprovação do PNRPLA 2010-2012 uma das limitações anunciadas pelo Governo foi adiar qualquer medida legislativa de aumento da idade limite para venda e consumo de álcool dos 16 para os 18 anos, pelo menos até uma futura avaliação dos resultados do PNRPLA, respeitante às medidas informação, sensibilização e responsabilização²⁸⁷, medidas essas que acabaram por não se desenvolver por falta de verbas²⁸⁸, deixando toda a situação em suspenso e sem resposta política às necessidades. Após esses acontecimentos, assistiu-se a uma mudança do discurso dos responsáveis pelas políticas do álcool, que deixaram de defender a necessidade de se restringir o consumo de álcool a menores de 18 anos e se definir regras mais apertadas e responsabilizantes aos agentes comerciais, transferindo o foco para uma fiscalização mais incisiva. Logo de início da vigência do plano, um estudo da DECO constatou que a venda de bebidas alcoólicas a adolescentes ocorria de forma abrangente e o clima social instalado a partir da notícia dificultou que não fosse defendida a adoção de medidas para reprimir este comportamento (Cunha Filho *et al.*, 2010). No final de 2010, apenas alguns meses depois da aprovação do PNRPLA 2010-2012 e decisão de não aumentar a idade mínima para venda e consumo de álcool, nem alterar a legislação a respeito, a constatação dos responsáveis pelas políticas do álcool e pela aplicação e fiscalização da regulamentação de venda de álcool acabam por afirmar que a situação permanecia grave e sem soluções alternativas à vista que não um reforço da lei, com aumentos da idade limite e das respostas ao incumprimento e correção das deficiências identificadas que começam na própria legislação que não acautelou certas situações e não previu outras que acabaram por se instalar no decorrer dos anos. Apesar dos esforços nas práticas de cumprimento da legislação e de fiscalização, existe

«João Goulão. O presidente do Instituto da Droga e da Toxicodependência disse ao jornal de Notícias que a fiscalização da venda de álcool a menores falha. À SÁBADO diz que aumentar a idade não é prioridade, mas sim reduzir o consumo

- Onde falha a fiscalização?

- A deteção de venda de álcool a menores tem de ser observada em flagrante delito. A fiscalização, quer pela ASAE quer pelas forças de segurança, é muito complicada. O Plano do Álcool foi aprovado na semana passada e já tive uma longa conversa com o presidente da ASAE. Vamos trabalhar juntos no sentido de encontrar mecanismos mais eficientes de atuar.

- Que medidas de controlo devia haver?

- Há uma enorme complacência dos educadores em relação ao consumo de álcool pelos menores. É fundamental que sejam responsabilizados. Estamos a falar de responsabilização moral, ética, mas não de medidas repressivas, legais. Está provado que os efeitos perniciosos ao nível físico e mental são muito mais acentuados nos jovens. Os operadores económicos também devem ser responsabilizados. Neste momento, a lei proíbe a venda a menores de 16 anos, temos de tornar mais eficaz esta proibição.

- O Plano prevê o aumento da idade de 16 para 18. Serve de alguma coisa?

²⁸⁷ Jornal Notícias, 27-05-2010 - Cirrose já afeta jovens de 30 anos. Pg. 10. Escrito por Gina Pereira.

²⁸⁸ Tempo Medicina, 22-11-2010 - IDT vai concentrar esforço no tratamento. Pg. 20 e 21.

- Os jovens acedem ao álcool com muita facilidade. Atualmente, temos um padrão de consumo muito próximo dos nórdicos. É preciso ter uma política equilibrada da redução da procura com medidas de prevenção, de esclarecimento e de consciencialização da população em geral. Aumentar a idade não é a prioridade, mas sim levar à prática a legislação vigente.»

Revista Sábado, 02-06-2010- "Não há medidas de fiscalização eficazes na venda de álcool". Pg. 39.

«O presidente do Instituto da Droga e das Toxicodependências (IDT) criticou esta quinta-feira a falta de fiscalização do consumo de álcool entre os jovens. Defendeu uma alteração da lei para garantir um controlo mais eficaz.

“Pode vir a ser necessário aumentar a idade do acesso ao consumo de bebidas alcoólicas, mas de nada serve passar dos 16 para os 18 anos se não controlarmos coisa nenhuma, como hoje acontece”, afirmou João Goulão, em declarações à Lusa. “Entre os miúdos, os mais novos, há uma diminuição do consumo de substâncias ilícitas, como o haxixe e as pastilhas, mas há um aumento do consumo de álcool”, disse.

Em Portugal verifica-se que “crianças e jovens de 12 anos têm acesso ao álcool sem nenhuma dificuldade”.

João Goulão frisou a importância de informar e educar a população. «A fiscalização tem sido insuficiente mas parece que os mecanismos legais existentes são pouco adequados à efetividade do controlo, é possível que haja que alterar ligeiramente algumas passagens da lei, como o flagrante delito», sustentou.»

Tvi24.iol.pt, 23-09-2010 - Consumo de álcool nos mais jovens sem fiscalização.

O inspetor-geral da Autoridade de Segurança Alimentar Económica (ASAE) admite que as caixas de pagamento self-service nas grandes superfícies comerciais facilitam a compra de álcool por menores de 16 anos, apesar de esta ser ilegal.

Para António Nunes, a compra de álcool nestas caixas é mais fácil do que numa “caixa normal”, porque há apenas uma pessoa a vigiar várias caixas e com outras preocupações, nomeadamente assegurar que todos os produtos sejam devidamente pagos.

Esta é apenas uma das várias dificuldades que a ASAE encontra diariamente na fiscalização do consumo de álcool por menores, sendo que da sua responsabilidade apenas é a aquisição por menores de 16 anos.

“Estamos atentos ao fenómeno da venda de álcool a menores de 16 anos”, garantiu António Nunes, que não esconde as dificuldades nesta matéria. “É proibida a venda, não o consumo”, disse, sublinhando que a única coisa que os inspetores da ASAE podem fazer quando encontram menores de 16 anos a consumir álcool é comunicar o caso aos pais. Para António Nunes, “o consumo tem a ver com a educação familiar, já que o que está penalizado fortemente é a venda”.

A ASAE considera que a maioria dos estabelecimentos tenta cumprir a lei, no que diz respeito à proibição da venda a menores de 16 anos.

O inspetor-geral garante que a ASAE realiza operações com muita frequência: “Quase todas as sextas-feiras vamos à zona de Santos”. Em muitos casos, os jovens que aparentam ou dizem ter mais de 16 anos, afinal não têm.

Mas António Nunes chama a atenção para um novo fenómeno, o do consumo de álcool por jovens antes de entrarem nas discotecas. “Bebem o que têm a beber antes da discoteca e lá bebem apenas o mínimo, ou água, pois já começam a ter sede de água.”

O presidente do Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT), João Goulão, defende que o mais importante é inverter a perceção da sociedade sobre o consumo do álcool. “Existe uma enorme complacência por parte da sociedade, das famílias, sobre o consumo do álcool.”

Para João Goulão, a compra de álcool por jovens nas grandes superfícies é “relativamente fácil”, mesmo sem ser nas caixas self-service. O presidente do IDT defende algumas alterações legislativas – como o aumento da idade de proibição de 16 para 18 anos –, mas considera que a resposta passa por uma “efetiva fiscalização” no acesso dos jovens ao álcool. (...)»

Público Última Hora, 30-12-2010 - ASAE admite que caixas de pagamento self-service facilitam venda ilegal de álcool a menores. On line. Escrito por Lusa.

Em 2011, a situação permaneceu idêntica, sem intervenções que demonstrassem melhorias na implementação das medidas já existentes. Apenas alguns meses depois da entrada em funções de um novo Governo, os responsáveis das políticas do álcool e do Governo reconheciam a necessidade de se discutirem alterações legislativas que

permitissem o aumento da idade e o reforço do cumprimento e fiscalização da legislação de disponibilização e venda de bebidas alcoólicas.

«Manuel Cardoso (Direção do IDT e coordenador do PNRPLA) mostrou ainda preocupação com a falta de fiscalização efetiva relativamente à idade mínima para consumir. Mostrando-se favorável ao aumento da fasquia para os 18 anos, matéria em que afirma haver unanimidade, o responsável considerou urgente rever a legislação atual, para tornar efetiva a fiscalização, e simultaneamente alterar a idade dos atuais 16 anos.»

Público Última Hora, 25-05-2011 - Um ano depois, rede de referência para o álcool quase não passou do papel. Online.

Mesmo assim essa discussão permaneceu até o final do PNRPLA 2010-2012 sem que se tenha concretizado nada. A implementação de melhores práticas legislativas e administrativas relativas a venda a menores foram escassas e pouco evoluíram para além do discurso.

A avaliação final feita pelos responsáveis do PNRPLA 2010-2012, em 2013, deixa clara a ausência de respostas efetivas e de resultados a nível dos ambientes onde se consome e comportamento dos jovens e da sociedade.

Apenas em 2013 é que uma nova legislação é aprovada²⁸⁹, mas mesmo assim não aumenta a idade mínima de venda para todas as bebidas, apenas para as bebidas espirituosas, se desviando das orientações definidas desde o PACA e no PNRPLA e causando logo a partida mais dificuldades a fiscalização. Algumas outras medidas de restrição da disponibilidade e responsabilização dos agentes e dos adolescentes/pais foram introduzidas, mas o seu cumprimento e fiscalização continuava sem os instrumentos mais adequados para atuar, que deveriam ser de ordem administrativa e de alocação de recursos.

«(...) Que avaliação faz deste trabalho realizado ao longo dos últimos anos sob o desígnio da redução dos problemas ligados ao uso de álcool?»

Manuel Cardoso – É difícil afirmar que existe uma relação causa efeito. (...) É verdade que o estudo revela resultados francamente bons na população em geral mas na população escolar já não são tão bons...

Não deixámos de ter problemas e preocupações e teremos que continuar nessa senda do trabalho conjunto, desta intervenção junto dos jovens, para conseguirmos atingir objetivos. Independentemente de esta lei definir os 16 ou os 18 anos como idade mínima para consumir, a verdade é que temos prevalências de consumo aos 15 anos acima dos 50 por cento. E a regra tinha que determinar consumo zero para quem tivesse menos de 18 anos. As embriaguezes, nessas idades, são imensas, tal como o binge drinking e a mensagem que todos temos que passar, desde pais, educadores e a sociedade como um todo por causa dos efeitos reais negativos quer em termos cerebrais, quer em termos físicos é que, se tiver menos de 18 anos, não bebe e ponto final. E deveriam aparecer 0 por cento em todos os indicadores de consumos... Mesmo admitindo que há sempre alguém que transgredir ou que existem situações absolutamente esporádicas, ao longo da vida essas percentagens não assumiriam qualquer expressão. E era isso que gostaríamos de ter.

Revista Dependências, Moio-Junho/2013 – Entrevista com Manuel Cardoso: “Nova lei do álcool representa imensos ganhos”. Pg. 4-6.

« (...)... Estamos num país em que a fiscalização não é propriamente um culto instituído...

Manuel Cardoso – Numa coisas sim, noutras não... Por toda a Europa, o grande problema de muitas legislações, como a da condução e do consumo, prende-se com a obrigatoriedade da implementação de fiscalização. Se não houver, continuam a haver mortes na estrada. A recomendação atual para o nosso país aponta para que cada condutor seja rastreado pelo menos três vezes durante a vida e ainda não chegámos a essa capacitação mas não menos verdade que os rastreios subiram de 400 mil para mais de um milhão por ano, o que significa que existe uma operacionalização do rastreio que funciona como uma mensagem. As pessoas percebem, deste modo, que não podem conduzir se beberem. O que está por trás disto não é propriamente a punição mas sim a dissuasão deste tipo de comportamentos. O que realmente pretendemos é que os jovens não consumam, porque lhes faz mal. A fiscalização tem que ter mecanismos para ser eficaz

²⁸⁹ Decreto-Lei n.º 50/2013, de 16 de abril.

na implementação porque não é o jovem que sai penalizado. Quem sai penalizado é que lhe concede o álcool. Ao permitir que o mais velho, por exemplo, disponibilizasse álcool ao seu amigo mais novo sem qualquer penalização, a lei anterior encerrava contornos muito graves. E a culpa não era da fiscalização, uma vez que as entidades responsáveis pela mesma não tinham instrumentos para fiscalizarem.

Quer dizer que, apesar dessa lacuna dos 16 anos como idade mínima para consumir bebidas fermentadas, a lei acaba por incrementar alguns avanços?

Manuel Cardoso – Sim, esta nova lei representa imensos ganhos. A mensagem a transmitir é: se tem menos de 18 anos não beba; se está grávida, não beba; se conduzir, não beba. E as entidades fiscalizadoras fiscalizarão a lei que está em vigor. E a mensagem que passou desta conferência de imprensa é: não pensem mais que não vai haver fiscalização. Quem transgredir, quem vender, quem disponibilizar álcool a menores pode, a qualquer momento, ser penalizado. (...)»

Revista Dependências, Moio-Junho/2013 – Entrevista com Manuel Cardoso: “Nova lei do álcool representa imensos ganhos”. Pg. 4-6.

Os resultados das contraordenações aplicadas pela ASAE durante o período de vigência do PNRPLA demonstram que não houve alterações na prática legislativa e administrativa de fiscalização da venda e consumo por menores e que as primeiras respostas mais incisivas da fiscalização e contraordenação só apareceram após as alterações legislativas em 2013 (ver Tabela 30), que além da subida parcial da idade mínima para venda introduziu medidas mais responsabilizantes para agentes comerciais e outros que facultassem bebidas alcoólicas para indivíduos com idade abaixo da permitida (Portugal. Ministério da Saúde. Serviço Intervenção em Comportamentos Aditivos e Dependências, 2015, 2014). Há que considerar na interpretação dos números apresentados a possibilidade do aumento das contraordenações como consequência também das perturbações do funcionamento dos estabelecimentos na adaptação à mudança e do possível aumento da fiscalização na sequência da entrada em vigor da nova legislação.

Tabela 30 – Contraordenações aplicadas no âmbito da disponibilização, venda e consumo de bebidas alcoólicas entre 2009 e 2013 em Portugal Continental

Contraordenações - ASAE	2009	2010	2011	2012	2013
No âmbito do Decreto-Lei 9/2002 de 24 de Janeiro:					
Venda em locais públicos a menores de 16 anos	22	15	18	12	4
Consumo em locais públicos por menores de 16 anos	7	10	11	5	1
Após entrada em vigor do Decreto-Lei 50/2013 de 16 de Abril:					
Facultar, vender ou colocar à disposição em locais públicos, bebidas alcoólicas espirituosas e não espirituosas a menores de 16 anos					49
Facultar, vender ou colocar à disposição em locais públicos, bebidas alcoólicas espirituosas ou equiparadas a menores de 18 anos					41

(Portugal. Ministério da Saúde. Serviço Intervenção em Comportamentos Aditivos e Dependências, 2015, 2014)

- **(5) Regulação do marketing e da promoção do álcool (inclui publicidade, promoção e patrocínio)**

Já na aprovação do PNRPLA 2010-2012 uma das limitações anunciadas pelo Governo foi adiar qualquer medida legislativa de restrição da publicidade ou da promoção a bebidas alcoólicas, referindo que investiria prioritariamente na autorregulação²⁹⁰. O Secretário de Estado Adjunto da Saúde ainda deixou a ideia de que se poderia avançar no futuro com proibições a publicidade e ao patrocínio, mas nunca mais se falou sobre o

²⁹⁰ *Jornal Notícias*, 27-05-2010 - Cirrose já afeta jovens de 30 anos. Pg. 10. Escrito por Gina Pereira.

assunto do ponto de vista de medidas legislativas ou de cumprimento e fiscalização da legislação já existente e que era sistematicamente descumprida, mal interpretada e contornada, desde a altura em que foi criada em 2001²⁹¹. A influência da Indústria nesta área também era bastante incisiva. O excerto do artigo jornalístico a seguir exemplifica bem a presença desses aspetos em jogo:

«"Não começamos por alterações de medidas legislativas", acrescentou Manuel Pizarro (Secretário de Estado Adjunto da Saúde) minutos depois. (...) As medidas de primeira linha são focadas na informação, sensibilização e responsabilização, e pretendem criar o ambiente para futuramente, se necessário, avançarem com medidas repressivas. Estas medidas podem incluir a proibição de publicidade e de eventos associados a bebidas alcoólicas. O secretário de Estado explica que vê "de forma negativa as bebidas alcoólicas associadas a iniciativas".

A Liga Portuguesa de Futebol, que tem o patrocínio de uma marca de cerveja para a principal prova do futebol nacional, disse ao i que a "comunicação nos estádios de futebol associada a cervejas é feita através de marca de cervejas sem álcool".

No entanto, a APCV (Associação Portuguesa de Produtores de Cerveja) vai hoje pronunciar-se sobre a aprovação do Plano.»

*Jornal I, 27-05-2010 - Ministério da Saúde quer reduzir consumo de álcool dos 15 aos 19 anos. Pg. 10.
Escrito por Cláudia García.*

Nenhuma medida, legislativa ou executiva, relativa a publicidade e, promoção ou patrocínio foi desenvolvida no Governo seguinte, a partir de 2011 e até 2013, quando outras medidas legislativas foram feitas, já depois do fim do PNRPLA.

A publicidade de bebidas alcoólicas, produzida pela Indústria do Álcool, esteve entregue na prática a autorregulação. Em Março de 2010, paralelamente a aprovação do PNRPLA 2010-2012, foi criado um novo “Código de Conduta em Matéria de Publicidade e outras formas de Comunicação Comercial” (o anterior “Código de Autorregulação dos Cervejeiros Portugueses para a Comunicação Comercial” remonta a 2006), ao qual aderiu principalmente a Indústria da Cerveja e que era monitorizado pelo ICAP (Instituto Civil da Autodisciplina da Comunicação Comercial). A experiência em anos anteriores a aprovação do PNRPLA sobre este tipo de instrumento tinha já demonstrado que eram cometidas inúmeras infrações ao Código, a, apenas uma pequena parte da publicidade desenvolvida era identificada, a resposta as reclamações, mesmo que em tempo útil, não evitava a exposição do público aos anúncios, sem que houvesse consequências mais graves para os responsáveis. (Cunha Filho *et al.*, 2010). Mesmo nos anos de vigência do PNRPLA 2010-2012, ainda se registou pelo menos uma situação similar²⁹². A atuação do organismo público responsável pela fiscalização da publicidade – Instituto do Consumidor – pouca relevância teve durante todo esse período.

A iniciativa de se estabelecer uma autorregulação atualizada em 2010, mais uma vez indiciava uma tentativa da Indústria do Álcool de evitar qualquer intervenção justificada do Governo sobre esta área. Nenhuma análise ponderada da situação foi apresentada pelos responsáveis do Governo e das políticas do álcool, sendo a autorregulação da Indústria bem recebida e acarinhada pelos Governos e pelos responsáveis pelas políticas do álcool durante todo o período de vigência do PNRPLA e mesmo depois disso. É de referir que estas entidades pertenciam ao FNAS já nesta altura e que estas iniciativas foram encarradas mesmo como parte dos compromissos assumidos no âmbito do fórum. Durante o período de vigência do PNRPLA 2010-2012 essa autorregulação da publicidade decorreu sem que fosse avaliada externamente pelo SICAD. Nos anos que se seguiram a vigência do plano, outros setores da Indústria, como o vinho e as bebidas

²⁹¹ Decreto-Lei n.º 332/2001, de 24 de Dezembro, que altera o Código da Publicidade (aprovado pelo Decreto-Lei n.º 330/90 de 23 de Outubro).

²⁹² ICAP – Instituto Civil da Autodisciplina da Comunicação Comercial: Deliberações de 2011 - [11J/2011 - Pessoa Singular vs. SCC- Soc. Central de Cervejas](http://www.icap.pt/icapv2/icap_site/deliberacoes.php?AG4JPQ51=ADotela9Xr1&AHAIJg5i).
(Ver em http://www.icap.pt/icapv2/icap_site/deliberacoes.php?AG4JPQ51=ADotela9Xr1&AHAIJg5i)

espirituosas, desenvolveriam instrumentos semelhantes de autorregulação sem nenhuma intervenção identificada das entidades públicas responsáveis, nomeadamente o SICAD e/ou a Direção-Geral do Consumidor (organismo do Ministério da Economia que assumiu as responsabilidades de fiscalização da publicidade a partir de 2011).

- **(6) Modificação de contextos de consumo de álcool (inclui a redução de danos no consumo de álcool e nos ambientes envolventes)**

Contextos recreativos de festas e diversão

A falta de regulamentação da disponibilização de bebidas em contextos recreativos de festas e diversão já apresentava problemas antes do PNRPLA 2010-2012, sem regulamentação da publicidade e patrocínio, sem restrições aos pontos de venda e disponibilidade, resultando em um consumo intenso e excessivo da população. A situação da publicidade, promoção e disponibilidade de bebidas alcoólicas chegou a um extremo durante a vigência do PNRPLA, que nada previu, quer em termos de intervenção reguladora dessa atividade, quer em termos de promover uma autorregulação das atividades da Indústria do Álcool nesses contextos.

No contexto das festas académicas, o consumo excessivo de álcool continuou a ocorrer em 2010 e anos seguintes, bem como os apoios e estímulos dos operadores da Indústria do Álcool. Não existiram intervenções regulamentares preventivas que fossem adequadas e dimensionadas para às situações do contexto em causa. O envolvimento das associações académicas, universidades e autarquias nas festas e nas promoções e patrocínios da Indústria do Álcool ampliou a dimensão do problema, criando estímulos para a perpetuação e apoio social do consumo de bebidas alcoólicas, onde apenas a mensagem de moderação e as ações de redução de danos locais se destacaram, estratégias tradicionalmente apoiadas pela Indústria do Álcool. A situação era generalizada, e o conhecimento do fenómeno era público e noticiado.

«Shots. E outras estrambólicas bebidas. Ou simplesmente cerveja. Tudo serve. Para muitos estudantes, os dias e as noites de festa são para Beber até cair. Não espanta, pois, que a Latada seja um tempo de redobrada atenção aos excessos, por parte das autoridades policiais, mas também por parte das associações estudantis.

Para quem acompanha a festa, a ideia que dá é a de uma borgia generalizada. Como sublinha a diretora da Unidade de Alcoologia de Coimbra, organismo tutelado pelo Instituto da Droga e Toxicodependência, "há uma fatia significativa de estudantes que bebe muito em curto espaço de tempo e com o objetivo de ficar embriagado, com riscos físicos significativos - de coma alcoólico, de envolvimento em cenas de violência, com envolvimento em acidentes, com relacionamentos sexuais desprotegidos, com abuso sexual, etc.".

Os números, porém, apontam para um panorama de estabilidade, ou mesmo de contenção. "Bebe-se menos, mas isso não quer dizer que haja menos situações de álcool em excesso", diz um responsável da associação académica. Também a polícia admite que os casos agudos são sensivelmente em número idêntico a anos anteriores.

(...) Uma coisa é certa, cada vez mais a tradição passa por consumir muito, mesmo muito álcool. A cerveja continua no topo das preferências, mas os shots ganham adeptos, principalmente entre os mais jovens, muitas vezes das escolas secundárias. (...)

"É MUITO preocupante a forma como alguns estudantes bebem e ainda mais o estatuto de "normalidade" que esses enormes consumos adquiriram entre eles", diz a diretora da Unidade de Alcoologia de Coimbra. Para Ana Feijão, contudo, "não se pode falar, na maior parte dos casos, de consumo dependente mas de consumo excessivo que se repete com muita frequência".

A especialista admite que a tolerância, nestas alturas de festa, é muito uma característica da nossa cultura, relativamente ao álcool. "Na nossa cultura, festa está ligada a beber. E toda a gente encara com grande naturalidade a ideia de que se os estudantes estão em festa espera-se que bebam", refere Ana Feijão. Uma tolerância, porém, que já é bem menor, depois, em face de comportamentos "menos adequados, como vomitar em público ou fazer muito barulho".

O que Ana Feijão rejeita é a ideia de que tolerância e tradição académica estão interligadas. "Há 15 ou 20 anos, os estudantes iam bebendo e iam-se divertindo e iam acabando por ficar embriagados... O que se passa agora, e é isso que é sério, é quando bebem para ficar embriagados, quando o objetivo é o de se embriagarem, o de já começarem a festa com um teor de álcool no sangue elevado, como se não se

soubessem divertir de outro modo".

Ana Feijão critica, também, algumas contradições da própria lei. Porque poucos cumprem, nestas alturas, a determinação de não se poder vender bebidas alcoólicas a pessoas visivelmente embriagadas e porque proíbe a venda de tabaco antes dos 18 anos mas permite a venda de álcool a partir dos 16 anos, "passando a mensagem de que o álcool é menos perigoso do que o tabaco". Para além disso, há ainda a questão do negócio. "A quantidade de bebidas alcoólicas que se vende nesta altura é enorme e o lucro passa à frente de outras preocupações, pelo menos da parte de quem vende", reconhece.

Também preocupante é o aumento do consumo entre as raparigas, quer em meio estudantil quer na população em geral. "Isto é particularmente significativo porque as raparigas são mais vulneráveis quer ao efeito agudo do álcool quer a nível de muitas das consequências do seu uso repetido", adverte Ana Feijão. E há ainda o problema dos adolescentes que frequentam as festas e ingerem grandes quantidades de bebidas muito graduadas ou muita cerveja. "Não é possível que um adolescente beba habitualmente aos 13 ou 14 anos vários shots ou várias cervejas quando sai à noite, e aos 20 ou 25 anos não tenha problemas sérios", afirma, lembrando que já começa a haver notícias de cirroses em jovens de 20 e poucos anos.»

Jornal As Beiras, 26-10-2010 - Beber até cair. Pg. 1/2/3. Escrito por Paulo Leitão.

No contexto dos festivais de música cresceram e multiplicaram na década de 2000 e continuaram a partir de 2010. Promovidos ou patrocinados pelas grandes marcas de cerveja, que investe num marketing agressivo, passaram a gerar um clima destinado a estimular o consumo de álcool associado à diversão e à música. Destinados especialmente ao público jovem, onde a legislação que restringe a publicidade de álcool em eventos destinados a menores e contornada ou ignorada e onde a legislação que permite a venda e o consumo de álcool a partir dos 16 anos sequer é respeitada, do ponto de vista da Saúde Pública e das políticas do álcool esses eventos passam a ser um potencial problema. Durante o período de vigência do PNRPLA 2010-2012, esses contextos isolados do espaço público do dia-a-dia reuniam todas as condições para gerar um consumo excessivo e problemático de álcool. Assim se tornou, a semelhança do contexto académico, outro foco de intervenção das equipas de redução de riscos e minimização de danos do IDT, que não sendo solução, procuravam dar respostas aos problemas.

«O Centro de Respostas Integradas do Baixo Alentejo e Alentejo Litoral do Instituto da Droga e Toxicod dependência está presente, pelo terceiro ano consecutivo, no Festival Sudoeste, com uma equipa multidisciplinar, "incidindo a sua intervenção na prevenção e redução de riscos em contexto recreativo". O festival decorre até domingo, dia 7, na herdade da Casa Branca, em Zambujeira do Mar.

De acordo com os responsáveis pelo CRI, a intervenção no festival visa "a promoção da saúde e a prevenção da doença; aumentar o nível de informação e conhecimento sobre substâncias psicoativas; reduzir os riscos associados ao consumo de substâncias psicoativas; e pela interação com os frequentadores potenciar mecanismos internos de proteção (ex. preservativos e teste de álcool, entre outros, etc.).»

Jornal Diário do Alentejo, 05-08-2011 - Instituto da Droga no Festival do Sudoeste. Pg. 6.

No contexto típico das festas populares, a participação das autarquias nessas estratégias da Indústria demonstrou a sua pouca sensibilidade em relação aos PLA e a captura do poder local pelos interesses económicos particulares. A falta de intervenção dos responsáveis do Governos e das políticas do álcool completou um quadro muito pouco favorável a uma mudança cultural e social essencial à implementação de outras políticas públicas do álcool.

«Lisboa Marcas estão em toda a parte, nas paredes, elétricos, quiosques

Em vez dos enfeites de papel, balões, santos antónios e manjericos nos bairros históricos de Lisboa, em contagem decrescente para as festas, há anúncios a cervejas. É uma espécie de "vírus" que tomou a cidade. "Bastar, já veio dizer o presidente da Junta da Sé.

"Eu não quero saber qual é a cerveja melhor, qual é a número um, acho é que é obsessiva a forma como ocupam o bairro. A Câmara fiscaliza tão bem umas coisas e alheia-se de outras", critica Filipe Pontes, presidente da Junta de Freguesia da Sé, onde a publicidade está em toda a parte: nos elétricos que passam, fachadas dos prédios, taipais de obras, caixas da EDP, montras, bancas, esplanadas e varandas de apartamentos a troco de meia dúzia de cervejas grátis. E todo este apelo ao consumo convive, lado a lado,

com outros cartazes que recomendam moderação com o álcool. É assim na Sé, Alfama, Castelo ou no Bairro Alto.

A "guerra" entre as duas principais marcas de cerveja - Sagres e Super Bock - começou de forma envergonhada, mas atingiu este ano proporções alarmantes.

A Super Bock é patrocinadora oficial, mas o marketing da Sagres, que optou por colar cartazes e oferecer cervejas, acaba por fazer com que a marca seja a mais visível.

A Central de Cervejas, que comercializa a Sagres, afirma que é uma "opção livre e assumida" e que preocupada com o consumo "responsável" vai disponibilizar um autocarro gratuito na noite de domingo para segunda-feira.

A Unicer, proprietária da Super Bock, desvaloriza o cenário de concorrência e sublinha que "a visibilidade e os quiosques da marca cumprem um regulamento e seguem todos os procedimentos para a obtenção das autorizações legais", junto da EGEAC - Empresa de Gestão de Equipamentos e Animação Cultural, organizadores dos arraiais e Câmara Municipal de Lisboa.

Falta coragem política

"A EGEAC não dá resposta. O vereador José Sá Fernandes diz que não há meios para fiscalizar", queixa-se Filipe Pontes, acrescentando que "é preciso coragem política para regulamentar". Mais: "Se querem fazer marketing, patrocinem o arranjo de um jardim", desafia o presidente da Junta de Freguesia da Sé.

O autarca não culpa os moradores que aceitaram publicitar de borla. "Aproveitam-se da bondade das pessoas, apenas isso", sublinha. E garante que a Sé só não está mais "sufocada" por publicidade porque a Junta de Freguesia e alguns comerciantes enfeitaram as ruas com fitas e balões de papel.

"A cereja em cima do bolo"

"Não acho bonito, não tem nada a ver com as tradições", admite Ana Rosa Aires, moradora da Sé. Outros residentes não se importam e há comerciantes a defender que "todos têm direito a publicitar os seus produtos, como Isaura Almeida, que trabalha numa padaria.

Mais aborrecido está José Queirós, que ontem montava

uma banca em frente à sua loja. "Eu tive de ter uma licença e vou pagar 60 euros por duas noites. Outros fazem publicidade no espaço público e não pagam nada", lamenta.

"Esta é a cereja em cima do bolo. É que é difícil obter uma licença para uma banca ou esplanada. No entanto, para colocar cartazes não se paga. A Câmara até sai lesada", avança Filipe Pontes.»

Jornal Notícias, 10-06-2011 - Arraiais contaminados pela febre das cervejas. Pg. 16. Escrito por Telma Roque.

No contexto de diversão noturna, com consumo intensivo de álcool, nomeadamente em espaços públicos, a falta de regulamentação da disponibilização de bebidas alcoólicas já apresentava problemas no mesmo ano que se aprovou o PNRPLA 2010-2012, sem que medidas legislativas e reguladoras fossem desenvolvidas. Era o caso de Lisboa, mas não era um caso isolado, estando presente em intensidades diferentes em diversos locais e cidades.

«A Associação de Comerciantes do Bairro Alto (ACBA) lançou a campanha "Garrafas na rua não! Abaixo o botelho", para combater a venda e o consumo de bebidas em garrafas de vidro, que são depois largadas na via pública.

Numa alusão ao fenómeno do botellón, que já foi proibido legalmente em Espanha, a associação teme as consequências desta situação, aliada à venda de droga. "Se juntarmos álcool barato com garrafas de vidro, que facilmente se transformam em projéteis, temos reunidas condições muito explosivas", alerta a associação, em comunicado.

Os comerciantes contestam que as garrafeiras e lojas de conveniência funcionem no mesmo horário que os restantes estabelecimentos, numa "concorrência desleal". A direção da ACBA argumenta que "a inexistência de instalações adequadas ou exigências legais (estas lojas nem dispõem de casas de banho) leva a que sigam a lógica do preço baixo, promovendo clientela de pouca exigência".»

Público, 16-07-2010 - Bairro Alto faz campanha contra o botellón. Pg. 28

Em 2011, a situação do consumo de álcool nos espaços públicos continuava a existir, com diversos problemas consequentes e sem soluções abrangentes, pelo que a autarquia de Lisboa assumiu o problema e desenvolveu iniciativas para o resolver. Foi o início de

uma série de ocorrências com soluções locais mais ou menos adequadas ou suficientes para ordenar o uso do espaço público onde se consome álcool em grande intensidade.

«Lisboa Lojas de Conveniência vão fechar mais cedo

A Câmara de Lisboa quer acabar com o "botellon" no Bairro Alto e tem já pronto um despacho que vai determinar o encerramento das Lojas de Conveniência muito antes do fecho dos bares, também a videovigilância deve arrancar em Janeiro.

O fenómeno da venda de bebidas alcoólicas em lojas, e posterior consumo em plena rua, por grupos de jovens que procuram o Bairro Alto para a diversão noturna - o chamado "botellon" parece ter os dias contados, segundo o presidente da Associação de Moradores do bairro. Luís Paisana disse ao JN que foi o próprio presidente da Câmara, António Costa, a dar conta desta intenção, numa reunião que decorreu anteontem. "Disse-nos que o despacho está pronto e vai sair dentro em breve", assegurou. A venda de bebidas alcoólicas, em lojas que atualmente fecham às duas da manhã, é uma das grandes queixas dos moradores. "Além do consumo excessivo, que leva a que se potenciem outras situações, as garrafas são deixadas pela rua, e, em alguns casos, utilizadas em rixas", referiu o responsável.

Garrafas vendidas sem controlo

Luís Paisana fala mesmo num fenómeno recente que tem agravado a situação. "Há quem faça venda ambulante de garrafas. Vão às lojas comprar, enchem sacos, vendem e depois voltam para comprar e vender mais. Tudo feito na frente das autoridades", destaca.

A nova legislação prevê que as Lojas de Conveniência possam fechar às 19 horas. "Este horário até nos parece excessivo, uma vez que vendem também produtos importantes para os moradores, e alguns não chegam ao bairro a tempo. As 20 ou 20.30 horas parecem-nos mais adequadas", sublinhou.

Na mesma reunião, António Costa terá ainda comunicado que a videovigilância há tanto esperada vai começar a funcionar em Janeiro. Ainda no que diz respeito à segurança, a Câmara Municipal de Lisboa inaugura hoje à tarde a nova esquadra do Bairro Alto, que vai funcionar Travessa Água da Flor, próxima à Rua da Atalaia, local de maior animação noturna. O equipamento terá um efetivo de 85 elementos.

ROUBOS E CONFRONTO DE GANGUES

Moradores e comerciantes com quem o JN falou garantem que os roubos e agressões a transeuntes são uma constante no bairro. Falam também em rixas e confrontos entre gangues.

RUÍDO ATÉ DE MANHÃ

O barulho é outra das queixas mais frequente. 'Após o fecho dos bares é pior', garante Luís Paisana. Outros garantem que, ao fim-de-semana, o barulho na rua prolonga-se até ao nascer do sol.

LIXEIRA A CÉU ABERTO

'O Bairro Alto é uma lixeira a céu aberto', dizem os moradores, em alusão à quantidade de garrafas, copos de plástico e outros detritos deixados nas ruas durante a noite.

URINA NA RUA

A Associação de Moradores tem reivindicado à Câmara o aumento das multas para quem urinar na rua. A urina acumulada nas ruas do bairro é um dos fenómenos que mais incomoda quem ali mora, garantem.»

Jornal Notícias, 17-11-2011- Menos álcool no Bairro Alto. Pg. 36. Escrito por Paulo Lourenço.

«O presidente da Câmara de Lisboa, António Costa, emitiu ontem um despacho "para limitar, a partir da próxima semana, os horários das lojas de conveniência de modo a acabar com o fenómeno do 'botellón'", em que jovens se reúnem nas ruas do Bairro Alto para beber álcool. As lojas passam a fechar às 20h00.»

Jornal Correio Manhã, 18-11-2011 – "Botellón" acaba às 20h00. Pg. 52.

Em 2012, outro exemplo característico das situações de consumo intensivo de álcool em espaços públicos, nos contextos de diversão noturna, eram identificados pela autarquia do Porto e as forças partidárias enumeravam uma série de medidas que promoveriam um melhor ordenamento urbano e qualidade de vida dos utentes e moradores.

«Noite. Autarquia aprovou ontem medidas para trazer mais descanso e segurança a moradores

Os bares da Baixa do Porto vão ser obrigados a ter uma máquina que determina automaticamente o fim da noite. Ontem, as "medidas de atuação e utilização da Baixa do Porto" foram aprovadas por unanimidade pela autarquia, e a principal mudança prende-se com a obrigatoriedade de estes estabelecimentos

adquirirem um aparelho - o limitador de potência sonora - que desliga a música, sem ação humana, à hora de fecho. Segundo o vereador do Urbanismo, Gonçalo Gonçalves, "com os limitadores, se o bar estiver licenciado para funcionar até às 02.00, a essa hora a música para". O que vai permitir um maior respeito pela lei: "Os incumprimentos de horários são difíceis de fiscalizar, mas com isto vai ser mais fácil."

As medidas para disciplinar a movida foram propostas pelo vereador da Fiscalização, Sousa Lemos (CDS-PP), mas foi Gonçalo Gonçalves (PSD) quem tornou mais claros os termos do documento, depois de uma intensa troca de palavras entre a maioria e o vereador da CDU. Quanto à alteração do valor das coimas proposta pela CDU, o vereador explicou que os montantes "derivam da lei geral", não sendo da competência da autarquia alterá-los.

A CDU queria ainda a proibição da venda de álcool para a via pública a partir das 24.00, mas o vereador do Urbanismo frisou que "90 por cento do problema será resolvido com a proibição da venda ambulante". "A maioria dos bares não vende garrafas de vidro. Abrir uma porta depois do horário licenciado e passar por aí garrafas é proibido por lei. Não vale a pena proibir o que já é proibido. Outro problema são as lojas de conveniência que, na verdade, não o são. Aí, teremos de assumir esse facto e restringir -lhes os horários", defendeu Gonçalo Gonçalves.»

Jornal Diário Notícias, 28-03-2012 - Porto decidiu que a música vai parar automaticamente nos bares. Pg. 21. Escrito por Carlos Diogo Santos.

Essas situações se estenderam durante toda a vigência do PNRPLA 2010-2012 e depois desse período, com muitos interesses particulares envolvidos nas decisões locais e prerrogativas dos agentes comerciais. Algumas medidas reguladoras só foram adotadas pelo Governo em 2013, quando alterou a legislação de disponibilização e venda de bebidas alcoólicas, com o objetivo de restringir a disponibilidade de venda e as formas de consumo em espaços públicos, mas continuou a ser necessária uma maior intervenção a nível local e de ordenamento do território.

As intervenções nos contextos sociais recreativos de festa e diversão com consumo excessivo de álcool, já se encontravam abrangidas pelos Programas de Respostas Integradas (PRI) do IDT em diversos distritos antes da aprovação do PNRPLA 2010-2012. Esses programas envolviam instituições sociais e entidades públicas locais na execução das atividades. A partir de 2010, os cortes orçamentais começaram a afetar o financiamento dessas atividades e os protocolos estabelecidos. Apesar da falta de regulação dos contextos recreativos e das carências de financiamento para os programas e protocolos estabelecidos com as entidades locais, o IDT continuou a desenvolver intervenções de prevenção e redução de riscos em contexto recreativo, através dos Centros de Respostas Integradas, que tiveram mais visibilidade a nível dos festivais de música e festas académicas. No final de 2012, após um ano de transição dos serviços descentralizados do IDT para as ARS, as equipas de rua que atuavam já não conseguiam prosseguir o seu trabalho, devido aos cortes orçamentais e limitações impostas ao financiamento dos programas que vinham a ocorrer. A situação tenderia a se prolongar durante os anos seguintes com as restrições orçamentais e redefinição de prioridades por parte das ARSs.

«Organização. Passagem do Instituto da Droga para as administrações regionais de Saúde desativou equipas de rua que trabalham na redução de risco. E não se sabe quando regressam

Em alturas como a passagem de ano ou as festas académicas não é de estranhar ver equipas na rua a entregar informação e falar com os mais novos sobre os riscos do consumo em excesso do álcool e de drogas, mesmo as chamadas legais. Mas no final deste ano, as festas serão passadas sem estes conselhos. "A equipa que intervinha no Bairro Alto está desativada. Não vamos ter nenhum dispositivo específico para a passagem de ano", disse ao DN António Maia, delegado regional de Lisboa e Vale do Tejo do Instituto da Droga e Toxicod dependência (IDT).

As equipas de redução de risco, que fazem campanhas de sensibilização e prevenção de consumo de álcool e drogas entre os jovens em zonas recreativas, estão suspensas. Situação que se deve aos entraves criados pela extinção do IDT e a passagem de algumas das competências para as administrações regionais de Saúde, explica António Maia. O consumo de álcool tem aumentado entre os jovens, de acordo com os últimos dados, assim como os casos de complicações associadas ao consumo de drogas legais. O responsável garante que as equipas de rua estarão de volta em 2013.

Segundo o responsável, a extinção do organismo no dia 31 de dezembro e a criação oficial do Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD), com a transferência de algumas

competências para as administrações regionais de Saúde (ARS), entre as quais a gestão destas equipas, acabou por criar alguns entraves a nível de organização e financeiro.

"O serviço está em transição e existem algumas zonas indefinidas. Não temos condições para ativar as equipas de prevenção primária que se deslocam aos locais recreativos. Mas o nosso objetivo é reativá-las. É um dos grandes objetivos de 2013. Até porque estamos muito inquietos com as smartshops e as drogas legais e o consumo de álcool", adiantou António Maia. "É uma questão de ajustamentos que ficará resolvida com a clarificação de competências de cada um dos organismos".»

Jornal Diário Notícias, 31-12-2012 - Fim de ano não vai ter brigadas anti-álcool nas ruas. Pg. 13. Escrito por Ana Maia.

Contexto laboral

Ainda em 2009, O IDT avançou com trabalho sobre o consumo de álcool e outras drogas em contexto laboral, com vista a criação de um guia de orientação sobre as intervenções adequadas possíveis. Nesta altura os responsáveis pelas políticas da droga e do álcool planeavam alterações legislativas acordadas pelas partes envolvidas para apoiar a implementação das intervenções em meio laboral. Tal não veio a acontecer com a aprovação do PNRPLA 2010-2012, de forma semelhante a todas as outras áreas de intervenção das políticas do álcool.

No final de 2010, o trabalho ainda encontrava-se em fase de finalização. A concretização do trabalho, que demonstrou ser extenso e envolver os mais importantes atores sociais para a sua implementação efetiva na sociedade portuguesa não culminou em nenhuma medida legislativa ou regulamentação do contexto laboral. Produziu um guia de orientação com diretrizes que foram revistas e aprovadas pelas partes envolvidas e pelas entidades públicas responsáveis nas áreas envolvidas, como a Autoridade para as Condições no Trabalho (ACT) ou a Comissão Nacional de Proteção de Dados (CNPd).

«As empresas que pretendam diagnosticar situações de abuso de álcool e drogas, entre os trabalhadores, deverão seguir um conjunto de boas práticas. Um grupo de trabalho liderado pelo Instituto da Droga e da Toxicodependência definiu as linhas orientadoras que as empresas devem seguir, para prevenir e tratar problemas ligados alcoolismo e toxicodependência.

Trabalham ambos no Instituto da Droga e da Toxicodependência. Mário Castro, médico de saúde pública, e Carlos Cleto, sociólogo, são dois dos técnicos que estiveram envolvidos na definição destas linhas orientadoras. O objetivo, garantem, é prevenir o abuso de álcool e de drogas em meio laboral.

O grupo de trabalho, coordenado pelo Instituto da Droga e Toxicodependência, inclui também a Direção-Geral da Saúde, a Autoridade para as Condições do Trabalho, confederações patronais e sindicais e Comissão Nacional da Proteção de Dados. Há empresas, nomeadamente do sector da construção civil e dos transportes, que fazem habitualmente rastreios e testes surpresa de despistagem de álcool.

Segundo o grupo de trabalho, qualquer teste de deteção de álcool ou droga deverá ser feito contexto da medicina do trabalho, com o objetivo de tratar problemas de saúde, e não de fiscalizar ou expor comportamentos individuais. O documento que aguarda validação dos ministérios da Saúde e do Trabalho não tem carácter vinculativo, nem se substitui à legislação em vigor. Funciona apenas como guia de boas práticas.»

Sic Online, 23-11-2010 - Definidas linhas orientadoras para prevenção do abuso de álcool ou drogas no trabalho.

«Desde 2002 que a Comissão de Proteção de Dados recebe pedidos, mas cerca de um terço foram rejeitados.

Em oito anos foram registados cerca de 250 pedidos de empresas ou organizações para efetuar programas de controlo do consumo de álcool e droga a trabalhadores. De acordo com dados da Comissão Nacional de Proteção de Dados, um "terço dos pedidos foram negados por diversas razões, entre as quais a intenção de aplicar sanções disciplinares ou de efetuar rastreio a todos os trabalhadores", disse ao DN fonte do organismo.

As regras relativas aos programas de prevenção e tratamento dos problemas associados ao consumo destas substâncias foram sistematizadas no documento Linhas Orientadoras para Intervenção Meio Laboral. Tal como o DN noticiou ontem, as empresas que pretendam dar início a um rastreio passam a ter de incluir todos os procedimentos num regulamento, que terá de ser do conhecimento de todos os intervenientes da

empresa ou organismo.

Apesar de estes testes já serem realizados por algumas empresas, as regras ainda não estavam sistematizadas e o consumo de substâncias psicoativas ainda não era integrado de forma global na medicina do trabalho. Mário Castro, do Instituto da Droga e da Toxicodependência afirmou que "se pretende colocar este assunto na agenda das organizações" e acredita que "as grandes empresas terão interesse em fazê-lo".

A CNPD refere que "desde 2006, tem havido um crescimento razoável de pedidos, que tiveram início em 2002". Se um terço dos pedidos de legalização de tratamentos de dados na área forem rejeitados, "haverá muitos a serem realizados sem aval e sem cumprir regras. São ilegais", refere a CNPD.

Uma deliberação do mesmo organismo, de 15 deste mês, clarifica os princípios da intervenção em meio laboral, entre os quais a garantia da confidencialidade em todos os pontos do processo e a inexistência de qualquer forma de discriminação. O consumo abusivo de substâncias é considerado doença, devendo ser tratado como tal: direito a subsídio de doença, baixa e outros benefícios se necessário. Os testes só podem ser realizados a pessoas com funções que ponham em risco a sua segurança e saúde, bem como a de outros. É o caso dos trabalhos na segurança, transportes ou construção.

A presença do médico do trabalho é essencial para determinar até que ponto o consumo afeta as funções mentais e motoras. O empregador só saberá se o trabalhador está apto ou não a cumprir as suas funções, tal como noutras doenças. Uma eventual sanção, como o despedimento, nunca se poderá basear na confirmação do consumo de substâncias, mas sim do comportamento que dali vier.»

Dn.pt, 24-11-2010 - 250 empresas pediram testes ao álcool. On line. Escrito por Diana Mendes

O resultado final - "Segurança e Saúde do Trabalho e a Prevenção do Consumo de Substâncias Psicoativas: Linhas Orientadoras para a Intervenção em Meio Laboral", foi formalmente aprovado pela CNPD (Deliberação n.º 890/2010, de 14 de Junho) e posto a disposição do público em 2010 em formato eletrónico, sendo posteriormente reeditado e publicado também em papel em 2014 (Castro *et al.*, 2014).

É ainda de referenciar que, na sequência desse trabalho, o IDT desenvolveu intervenções direcionadas ao meio laboral, nomeadamente o "Projeto Eurídice" numa parceria com a Confederação Geral dos Trabalhadores Portugueses (CGTP-IN), empresas e autarquias e Administrações Regionais de Saúde. No final de 2012, o protocolo com a CGTP-IN seria revalidado pelo SICAD que daria continuidade essa intervenção.

No âmbito do FNAS, foram apresentados compromissos que referiam intervenções em contexto laboral que já existiam anteriormente e continuaram a ser desenvolvidas neste período, nomeadamente (Portugal. Ministério da Saúde. Serviço Intervenção em Comportamentos Aditivos e Dependências, 2013^a):

- O Ministério da Defesa Nacional (MDN) com o Programa para a Prevenção e Combate à Droga e ao Alcoolismo nas Forças Armadas (PPCDAFA), que funciona desde 1988, e Curso de Operadores de Prevenção de Alcoolismo e Toxicodependências (COPATD)
- A Associação Industrial Portuguesa/Câmara de Comércio e Indústria (AIP-CCI), com a aplicação do Programa Solidariedade de Assistência ao Empregado, disponível para as empresas associadas.
- A União Geral de Trabalhadores (UGT) com ações de sensibilização dos trabalhadores, quadros, e representantes sindicais com disseminação de material didático e orientador das intervenções.
- A Confederação Geral dos Trabalhadores Portugueses – Intersindical Nacional (CGTP-IN) com um programa de prevenção do consumo abusivo de álcool no Movimento Sindical Unitário, visando essencialmente prevenção e sensibilização.

- **(7) Intervenções precoces e tratamento (inclui as intervenções no consumo de risco e nocivo de álcool e dependência de álcool e as intervenções e assistência aos familiares de pessoas com dependência de álcool)**

Na aprovação do PNRPLA 2010-2012 uma das medidas imediatas anunciadas pelo Governo foi a criação de uma nova rede de referência para os PLA, que incluía diversos níveis de cuidados de saúde.

«O plano (Plano Nacional para a Redução dos Problemas do Álcool), que entra em vigor com vários meses de atraso, pretende reduzir os consumos de álcool em Portugal, em especial nos jovens, (...)»

O secretário de Estado anunciou que, no próximo mês de Junho, o Governo vai aprovar a nova rede de referência para doentes com problemas de álcool, que inclui centros de saúde e os mais de 60 postos do IDT.»

Jornal Notícias, 27-05-2010 - Cirrose já afeta jovens de 30 anos. Pg. 10. Escrito por Gina Pereira.

Nesta altura, algumas estruturas de atendimento especializado do IDT no Porto continuavam a sofrer reestruturações, ainda devido a reorganização dos serviços depois da integração dos CRAs e devido as questões práticas de funcionamento e logística. Essas alterações causaram perturbações ao atendimento e capacidade de resposta por si.

«(...) A Unidade de Alcoologia do Porto foi ontem de manhã inaugurada nas antigas instalações do hospital de Matosinhos, na Rua Alfredo Cunha, e contou, entre outros, com a presença do secretário de Estado da Saúde, Manuel Pizarro, e do presidente da Câmara de Matosinhos, Guilherme Pinto.

(...) o IDT (Instituto da Droga e da Toxicodependência) decidiu instalar a Unidade de Alcoologia em Matosinhos. Razão: não conseguiu "ter com outros municípios da Área Metropolitana a parceria excelente" que obteve com o Município liderado por Guilherme Pinto, disse João Goulão, presidente do IDT.»

Jornal Notícias / Porto, 05-06-2010 - Casa nova para unidade de alcoologia. Pg. 22. Escrito por Marta Neves.

«Reorganização de serviços obriga ao encerramento temporário do internamento de doentes alcoólicos e toxicodependentes.

Há novas regras para doentes com síndrome de abuso ou dependência de álcool que são tratados na Unidade de Alcoologia do Porto (UAP), um organismo dependente do Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT). Ao que o PÚBLICO apurou, desde a semana passada que ninguém é internado. Mas a falta de internamento não se faz sentir apenas em relação àqueles doentes. Todos os utentes até agora tratados no ex-CAT (Centro de Atendimento a Toxicodependentes) de Cedofeita e que foram transferidos para a Unidade de Desabilitação do Norte (UDN) também não dispõem ainda de resposta a nível do internamento. A UDN ocupa o mesmo edifício que a Unidade de Alcoologia, a funcionar no antigo hospital de Matosinhos, e a decisão de concentrar as duas unidades, ambas pertencentes ao IDT, obrigou a uma grande intervenção a nível do espaço que está a comprometer a resposta aos doentes.

(...) Para além desta situação, que implica que os doentes alcoólicos internados deixem de ficar isolados como acontecia até aqui, as alterações propostas pelo responsável regional do IDT têm também reflexos no plano da terapia de família e do acompanhamento em contínuo do doente.»

Jornal Público, Última Hora, 05-11-2010, 08:41 - IDT-Porto não está a internar doentes há uma semana.

Simultaneamente, o agravamento da capacidade de prestação de cuidados de saúde por parte do IDT em áreas como Lisboa, devido falta de recursos financeiros, à carência de recursos humanos que eram precários (um problema antigo do IDT) e à falta de profissionais disponíveis no mercado (um problema que crescia de forma generalizada do SNS). Essas dificuldades se agravavam com o aumento simultâneo da procura e dos casos a serem atendidos, o que obrigou a uma reestruturação de serviços para potenciar aqueles que mais necessitavam dar respostas. No final de 2010, já se constatava problemas a nível do internamento de alcoólicos nas UA, semelhantes aos que existiam no período dos CRAs na primeira metade da década de 2000, inclusive com filas de espera e sem soluções à vista.

«Há toxicodependentes e alcoólicos que vão deixar de ter acesso a apoio e consultas em alguns centros de tratamento a nível nacional. A equipa de tratamento do Restelo já fechou há cerca de três semanas, mas o Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT) admite mais encerramentos devido há falta de recursos financeiros e, sobretudo, humanos, nomeadamente médicos. E mesmo os concursos abertos para 20 a 30 vagas têm ficado desertos.

João Goulão, presidente do IDT, disse ao DN que "a rede está a ser redesenhada, havendo algumas unidades a ser repensadas". Isto numa área em que a concentração não é o desejável. "Havia um esforço

continuado de chegar quase à porta dos toxicodependentes, sabendo que é difícil ir buscá-los. Agora vamos devolver-lhes a necessidade de nos procurar. Nunca é uma situação boa."

E o número de utentes tem subido com o tratamento do álcool nestas unidades.

As equipas de tratamento, juntamente com as unidades de alcoologia, garantiram o apoio a quase 48 mil pessoas, em 2009 (10 200 eram novos utentes). O redesenho da rede de 22 centros de respostas integradas- que abrangia 45 equipas de tratamento -, deve-se sobretudo "à dificuldade em recrutar técnicos, nomeadamente médicos", lamenta.

A escassez é transversal a uma série de serviços, mas o IDT atravessa dificuldades que não apenas o envelhecimento dos quadros: "Saíram muitos profissionais, mas não temos grandes condições para oferecer. Não conseguimos competir com os pagamentos do sector privado. Além disso, esta é uma área difícil de trabalho."

Ao contrário do que tem acontecido nestas áreas, "fomos autorizados a abrir concursos para contratar mais profissionais... os concursos abertos entre 2009 e 2010 ficaram desertos". Entre as cinco regiões de saúde, terão sido abertas entre 20 a 30 vagas, mas o seu preenchimento apenas terá ocorrido em um ou dois casos. (...)»

Jornal Diário Notícias, 18-10-2010 - Instituto da Droga fecha centros por falta de recursos. Pg. 16. Escrito por Diana Mendes.

«A saída de 200 trabalhadores precários do Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT) vai dificultar a "resposta de proximidade" preconizada por este organismo, existindo o risco de alguns toxicodependentes abandonarem os tratamentos, segundo o presidente da instituição.

A saída de cerca de 200 trabalhadores foi confirmada à Agência Lusa por João Goulão que enquadró a medida nas "novas regras de gestão na administração pública de limitação à existência destas contratações".

João Goulão lembrou que, desde 2002, quando foi criado o IDT, que resultou da fusão de dois organismos da luta contra a droga, nunca existiu um mapa de pessoal. "Nunca tivemos a hipótese de fazer um concurso e admitir técnicos para o nosso mapa de pessoal, porque nunca foi autorizado", disse.

O resultado deste impedimento foi o recurso a "figuras de contratação mais ou menos temporária" que se têm dedicado à resposta à toxicodependência em Portugal, apostando numa intervenção de proximidade. É precisamente essa aposta na proximidade – "que nos tem permitido obter bons resultados ao nível da toxicodependência e também no alcoolismo" - que pode estar em causa com a saída destes trabalhadores.

"Com a saída destas pessoas deixaremos de ter a capacidade de assegurar estas respostas à porta dos nossos utentes. Isso vai implicar um esforço acrescido para nós e para eles", sublinhou João Goulão. O presidente do IDT reconhece que o organismo não deverá continuar a ser "tão proactivo e a fazer uma busca tão ativa de novos clientes para os serviços", mas admite que a situação ainda não é catastrófica. (...)»

Diário Digital, 29-10-2010 - IDT: Saída de 200 precários pode agravar toxicodependência. Escrito por Diário Digital / Lusa.

«A crise económica pode agravar o problema do alcoolismo em Portugal, admite o presidente do Instituto da Droga e Toxicodependência (IDT). João Goulão diz que os sinais começam a manifestar-se no terreno, apesar de não dispor de dados objetivos.

"É propenso que haja um recrudescimento do consumo de substâncias psicoativas, sendo bem provável que o álcool seja o que tenha o aumento mais significativo", afirmou o presidente do IDT, na abertura do Congresso Nacional de Alcoologia.

Tal como a Renascença avançou hoje, os casos mais graves estão sujeitos a listas de espera nas unidades regionais de alcoologia. Em Lisboa, que cobre todo o sul do país, espera-se dois meses por uma consulta e outros tantos por um internamento.

O Instituto da Droga passou este ano a acumular o tratamento do alcoolismo, mas, ao mesmo tempo, foi perdendo profissionais – uns por opção, outros por reforma. A Unidade de Alcoologia de Lisboa é um espelho desse efeito combinado. O diretor desta unidade, Alfredo Frade, explica que, como Portugal tem mais alcoólicos que toxicodependentes, sem reforço dos meios as listas de espera são inevitáveis.

O cenário vai agravar-se com a saída anunciada de 200 profissionais do IDT que estão contratados a prazo. Na Unidade de Alcoologia de Lisboa isso significa perder metade dos atuais oito médicos. O Ministério da Saúde recusa abrir mais exceções e continuam sem resposta os pedidos para permitir a contratação de pessoal no Instituto da Droga e Toxicodependência.

Ana Jorge, a ministra da Saúde, esteve presente na abertura do Congresso Nacional de Alcoologia, ouviu os alertas, mas mantém que em tempo de austeridade é preciso fazer mais com os mesmos recursos. A única alternativa poderá estar na reorganização do IDT, com encerramento de alguns para que outros possam melhorar.»

Rádio Renascença, 15-11-2010 - Crise poderá agravar problema do alcoolismo. Online.

Diante desses fatos, o desenvolvimento prático da Rede de Referência para os PLA sofreria muitos ajustes e atrasos na aprovação, enfrentando problemas relacionados com a estrutura interna do IDT e com o envolvimento dos Cuidados de Saúde Primários na implementação de protocolos de rastreios, identificação e intervenções breves, instrumentos preconizados como mais efetivos nessa área. A aprovação da Rede de Referência estava inicialmente anunciada para Junho de 2010, o que simplesmente não aconteceu. No final de 2010, tanto os responsáveis do IDT como do MS garantiam que o documento final da referida Rede de Referência estava numa fase final de elaboração e seria aprovado ainda em 2010 e posto em prática no terreno em 2011.

«João Goulão apontou as prioridades em relação aos doentes alcoólicos

(...) O diretor da Unidade de Alcoologia de Lisboa também manifestou a opinião de que “o paradigma do tratamento atual está esgotado”. Conforme frisou, “o IDT não pode fazer esta batalha sozinho”, pelo que é “urgente” que se construam “redes com os cuidados primários, com a saúde mental”. De momento, disse ainda Alfredo Frade, os diferentes cuidados “não estão articulados”.

Por seu lado, João Goulão concorda que “uma coisa importantíssima do Plano de Ação contra o Alcoolismo é a rede de referência”. E garantiu que esse trabalho tem vindo a ser desenvolvido “em todas as regiões, a diferentes velocidades”, estando “praticamente concluído”.»

Tempo Medicina, 22-11-2010 - IDT vai concentrar esforço no tratamento. Pg. 20 e 21.

«(...) No que respeita a esta rede de referência, Manuel Pizarro (Secretário de Estado Adjunto da Saúde) deu garantias de que o executivo “terá a componente regional da rede ativa, até ao final do ano”. Mas o governante foi mais além, estabelecendo uma meta para o próximo ano: “a partir de 2011, desejamos ter a totalidade desta rede no terreno, clara e compreensível para todas as famílias”. (...)»

*JMfamilia.com, 17-12-2010 - APMCG junta-se a esforço concertado e assina carta de compromisso. On line.
Escrito por Tiago Reis*

Em Março de 2011, no contexto de uma resposta do Ministério da Saúde à AR (Ministério da Saúde, Gabinete da Ministra - Ofício nº 1641 de 07-03-2011), é referido que já havia um documento base da Rede de Referência feito com a colaboração das ARSs, uma metodologia própria de implementação, mas sem datas de execução previstas.

Ministério da Saúde, Gabinete da Ministra

Ofício nº 1641 de 07-03-2011

ASSUNTO: Pergunta n.º 612/XI/28 de 28 de Outubro de 2010 da Senhora Deputada Paula Santos do PCP - Implementação do Plano Nacional para a Redução dos Problemas Ligados ao Alcool 2010-2012.

(...)

Relativamente à rede de referência, foi aprovado o documento base, que resulta das reuniões realizadas com os Responsáveis das ARS, da Saúde Mental e dos Cuidados Primários e Hospitalares, para uma correta identificação e responsabilização dos intervenientes e para que se possa desenhar uma resposta regional adequada em relação aos objetivos previstos na rede. Assim, e deste modo, o desenho e implementação da rede são construídos numa lógica centrada no utente que necessita de respostas no contexto dos PLA, com base em critérios previamente definidos de estruturas com recursos técnicos e humanos. A implementação da rede será feita gradualmente e centrar-se-á em 3 momentos fundamentais: A aprovação e publicação dos documentos; A Formação dos profissionais; A implementação de mecanismos tecnológicos de encaminhamento.

O chefe do Gabinete, António Mendes.

Em Maio de 2001, um ano após a aprovação do PNRPLA e primeiro anúncio de concretização da Rede, esta ainda a aguardar aprovação ministerial, estando todo o

plano de implementação por desenvolver e financiar. Todavia a aprovação da Rede de Referenciação não seria concretizada numa altura em que o Governo demissionário encerrava funções.

«A rede de referenciação para pessoas com problemas de álcool foi lançada há um ano e, apesar de estar preparada, praticamente ainda não saiu do papel, afirmou o responsável do projeto, que alerta para o “significativo” número de doentes.

O coordenador do Plano Nacional de Redução dos Problemas Ligados ao Álcool (PNRPLA), Manuel Cardoso, fez o balanço do primeiro ano do plano, apontando as várias iniciativas em marcha, entre as quais a rede de referenciação que, apesar de estar já preparada, aguarda ainda aprovação governamental.

“Antes de 2010 foi iniciado o processo para trabalhar a rede de referenciação para problemas de álcool, no sentido de suportar a intervenção dos cuidados de saúde primários, e ser feito o diagnóstico precoce de pessoas com consumos problemáticos ou a caminhar para isso”, afirmou. Após esse diagnóstico, o projeto prevê a realização de “entrevistas motivacionais” e “intervenções breves”, no sentido de resolver problemas detetados e encaminhar ou referenciar doentes, quer seja para serviços do IDT (Instituto da Droga e da Toxicodependência) ou de saúde mental, dependendo do nível de gravidade de cada um dos doentes.

Intervenções nos cuidados de saúde primários

Este é, segundo Manuel Cardoso, um documento que se pretende claro, para que em cada um dos níveis de prestação de cuidados (primários, secundários e do próprio IDT) “possa ficar claro e toda a gente saiba quais os passos e o caminho a seguir para quem tem necessidade de acompanhamento”. Num primeiro momento foi criado um documento chapéu e depois documentos específicos para cada uma das Administrações Regionais de Saúde (ARS), que aguardam ainda aprovação governamental, contou o responsável. “O secretário de Estado remeterá para as ARS e depois haverá um grupo de trabalho para promover mais especificamente a sua aplicação”, especificou.

Falta ainda criar um plano de formação, que está previsto e preparado, para as intervenções breves nos cuidados de saúde primários, que vai ser distribuído pelos médicos de família. Manuel Cardoso considera que estes processos são “um pouco lentos demais” e lembra que os doentes com problemas ligados ao álcool já são 30 por cento do total de novos doentes do IDT. (...)»

Público Última Hora, 25-05-2011 - Um ano depois, rede de referenciação para o álcool quase não passou do papel. Online.

O processo de implementação da Rede de Referenciação é lento e gradual, vai para além da criação da sua arquitetura e inclui, para além da formalização da rede, a sua integração nas estruturas das ARS e a sensibilização e formação dos profissionais ao longo do tempo. No fim do Governo que aprovou o PNRPLA 2010-2012 em 2010, as circunstâncias que se apresentavam e o tempo já decorrido não favoreciam a implementação e funcionamento pleno da rede no prazo definido pelo tempo de vigência do PNRPLA 2010-2012 ou mesmo em tempo razoável na sequência deste.

O Governo que assumiu funções em Junho de 2011, enfrentando um agravar da crise económico-financeira, rapidamente desenvolveu Plano de Redução e Melhoria da Administração Central do Estado (PREMAC), que alterou a estrutura dos serviços de prestação de cuidados do IDT, transferindo-os para as ARSs. Esta mudança obrigou a uma série de alterações ao longo dos anos seguintes que impediriam uma definição final da arquitetura da Rede de Referenciação a partir da já existente.

O novo Governo também encontrou o IDT em dificuldades orçamentais que impediam mesmo o desenvolvimento das atividades de rotina e outras planeadas. Na área do tratamento a comparticipação dos tratamentos na rede privada de comunidades terapêuticas convencionadas já tinha sido reduzida e chegou mesmo a ser suspensa temporariamente em Junho para se reestruturar a despesa, sendo normalizada em Julho. Uma situação insólita que ainda nunca havia ocorrido anteriormente, voltou a ocorrer meses depois e se estendeu pelo ano de 2012, quando o IDT já estava formalmente extinto e as suas Delegações Regionais e atribuições na área da prestação de cuidados de saúde iriam passar para a alçada das ARS, assim como os problemas orçamentais.

«Comunidades: Admissões suspensas até 1 de Julho à espera de solução para a escalada de custos em Lisboa, onde a procura subiu devido à crise

Desde dia 9 que não entram doentes - dependentes de álcool e drogas - nas comunidades que têm acordo com o IDT. Em causa estão os cortes orçamentais a que foi sujeito o organismo. Até agora, o IDT pagava 720 euros mensais por doente, verba que foi reduzida em 7,5% este ano. Apesar disso, o aumento da procura em Lisboa, associada também à crise, fez disparar as despesas e motivou o congelamento. O IDT e as comunidades estão a negociar soluções para retomar as admissões. (...)

Cortes: Falta de verbas leva IDT a suspender emissão de Vales' de tratamento até Julho. Comunidades estudam solução com Instituto

O Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT) suspendeu a entrada de novos utentes nas comunidades terapêuticas com que tem acordo. A decisão, que abrange a região de Lisboa e Vale do Tejo, foi tomada a 9 de Junho e teve por base o aumento da procura numa altura de cortes orçamentais. O apoio mensal - a alcoólicos ou toxicodependentes - era de 720 euros, mas já tinha baixado este ano para cerca de 660. A retoma das admissões é esperada para "1 de Julho", diz o presidente do IDT, João Goulão, mas tem de haver solução para conter a despesa, que "está a ser estudada em conjunto com as federações de instituições ligadas ao tratamento".

A decisão, que foi tomada após as eleições, afeta a região de Lisboa e Vale do Tejo, que é aliás, a mais afetada por problemas de consumos abusivos e de situações sociais mais complicadas e que tem sentido um aumento de casos e de recaídas, em parte devido à crise. (...)

Diário Notícias, 26-06-2011 - Instituto da Droga trava tratamento a toxicodependentes. Pg. 1 e 14. Escrito por Diana Mendes.

«Comunidades terapêuticas estiveram 15 dias sem aceitar novos doentes. Situação foi normalizada no início do mês.

As comunidades terapêuticas da região de Lisboa e Vale do Tejo que têm acordo com o Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT) já começaram a receber novos doentes desde o início deste mês.

A confirmação foi feita ao PÚBLICO pelo presidente do IDT, João Goulão, que em Junho avisara que o instituto iria suspender temporariamente a comparticipação do tratamento de novos doentes para fazer uma avaliação da situação, devido à "derrapagem orçamental" que se verificou precisamente nas comunidades terapêuticas desta região.

"Houve um aumento dos pedidos que não é possível acomodar no orçamento que temos para este ano e que sofreu alguns cortes relativamente àquilo que acontecia no ano passado", declarou o responsável. "Em função desse aumento, fizemos uma avaliação da situação com as entidades que são nossos parceiros do sector social e privado e retomamos a emissão dos termos de responsabilidade que garantem o pagamento às várias comunidades terapêuticas" com quem o IDT trabalha, disse João Goulão ao PÚBLICO, precisando que as soluções que foram encontradas aconteceram num "clima de colaboração e de entendimento".

"Já tudo regressou à normalidade, sem que este compasso de espera tenha dado lugar a lista de espera", acrescentou ainda o presidente do IDT, fazendo questão de sublinhar que um atraso de 15 dias no internamento de um doente numa comunidade terapêutica "não acarreta prejuízos de qualquer monta". Apesar disso, Goulão não ignora que os cortes na despesa pública limitam o trabalho que o instituto desenvolve, até porque receia que o contexto que o país vive possa vir a refletir-se num aumento do consumo de álcool e outras drogas. (...)

Jornal Público, 20-07-2011 - Instituto da Droga retoma tratamento a toxicodependentes na região de Lisboa. Pg. 11. Escrito por Margarida Gomes.

«O diretor da delegação regional de Lisboa e Vale do Tejo do Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT) afirmou que há comunidades terapêuticas que correm o risco de encerrar devido ao «atraso significativo» nas transferências de verbas do Estado.

«As comunidades terapêuticas dependem em grande medida do financiamento que é dado pelo Estado e o que se passa é que há um atraso significativo nas transferências feitas a nível central para o IDT, que assim tem dificuldade em manter o pagamento em dia», disse à Agência Lusa António Maia.

Nesse sentido, sublinhou, «há comunidades que vão ter risco de fechar porque dependem essencialmente dessas verbas, que se não são pagas em tempo, as comunidades não têm condições de assegurar o pagamento aos seus recursos humanos e isto provavelmente irá criar uma grande vulnerabilidade em algumas instituições». (...)

António Maia admitiu que a delegação do IDT de Lisboa tem alguns meses em atraso, com o mês de

Dezembro ainda por pagar.

«Isto ultrapassa o IDT porque eu não tenho dinheiro, não tenho liquidez. Até tenho autorização, cumpri rigorosamente o que o orçamento previa, trabalhei em função dessas balizas», mas não sei quando é feita a transferência das verbas para o IDT poder processar os pagamentos devidos quer ao internamento, quer às entidades, justificou, frisando que o IDT não tem autonomia financeira.»

SOL Online, 24-03-2012 - Comunidades terapêuticas em risco devido a atrasos de pagamentos do Estado. Online. Escrito por LUSA / SOL

Em relação a reestruturação da prestação de cuidados de saúde locais, a simples mudança da prestação de cuidados de Saúde do IDT para as ARS, e consequentemente para o SNS, teve consequências no funcionamento das instituições e acesso dos doentes, como o pagamento de taxas moderadoras, que teve que ser resolvido.

«Os alcoólicos crónicos, toxicodependentes e fumadores em tratamento estão isentos do pagamento das taxas moderadoras. Mário Jorge dos Santos, presidente da Associação dos Médicos de Saúde Pública, considera a medida um contributo para maior adesão aos tratamentos de desabitação das dependências: álcool, droga e nicotina. "Se não fosse a isenção das taxas moderadoras muitos utentes não iam a uma consulta", constata Mário Jorge dos Santos.

Segundo o médico, a situação dos centros de alcoologia para o internamento de alcoólicos tem "grandes dificuldades" porque perderam recursos depois da extinção do Instituto Português da Drogas e das Toxicodependências (IDT). Alguns alcoólicos procuram tratamento de desintoxicação por ordem dos tribunais, após terem sido responsáveis por acidentes de viação ou violência doméstica.

Os fumadores que procuram ajuda médica para deixar de fumar fazem-no após terem um susto de saúde, por exemplo, ameaça enfarte ou acidente vascular cerebral. Quanto aos toxicodependentes, Mário Jorge dos Santos afirma que são um grupo que "não procura os cuidados de saúde".»

Jornal Correio Manhã, 21-09-2012 - Alcoólicos sem taxas. Pg. 19. Escrito por Cristina Serra

A reestruturação dos serviços regionais e locais afetou a execução das políticas públicas e o próprio funcionamento das estruturas, que já estavam deficitárias mesmo antes da mudança. Passado um ano da tomada de decisão nenhuma alteração organizacional ou funcional tinha sido empreendida e os colaboradores continuavam na prática reportando as necessidades de resolução de problemas à direção do ex-IDT, atual SICAD. A sua inserção no SNS, também com restrições orçamentais não proporcionou soluções a carência de recursos humanos e financeiros nem permitiu uma integração ou proximidade maior dos serviços.

«Tratamento de toxicodependentes passa para administrações regionais de Saúde. Médico demitiu-se contra "falência" das equipas e "demolição" de uma instituição ágil.

A partir de 31 de Dezembro, tratamento dos utentes passará para a responsabilidade das administrações regionais de Saúde. (...).

Em vez da integração, a "demolição tranquila". É nestes termos que o médico que durante quase oito anos foi Delegado Regional do Centro, do Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT), Carlos Ramalheira, define aquilo que estará a acontecer neste serviço, na carta em que pediu a sua demissão ao presidente do organismo, João Goulão, e em que manifesta o "mais vivo repúdio" pela forma como o processo de integração nas administrações regionais de Saúde (ARS) tem sido conduzido. João Goulão diz que aceitou a demissão e avocou temporariamente as funções no vogal do conselho diretivo do Instituto, Manuel Cardoso, que agora se desloca todas as semanas de Lisboa a Coimbra.

Na carta, enviada no final de Setembro, o médico antecipa a "falência funcional de diversas equipas" e põe em causa a integração de um "pequeníssimo, mas ágil e moderno serviço (...) numa organização gigante, essencialmente burocrática", as ARS. Em Setembro de 2011 foi anunciada a extinção do IDT e a sua transformação numa direção-geral, o Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD), sendo os cuidados prestados a toxicodependentes e alcoólicos integrados nas ARS.

Mais de um ano depois, "ainda não há uma única linha escrita sobre o futuro dos serviços regionais, sobre as unidades funcionais, ou sobre o modo como estas vão integrar-se nos serviços das ARS", observa Ramalheira, que há cerca de duas semanas foi ouvido por um grupo restrito da Comissão Parlamentar de Saúde e renovou as suas críticas: "Apenas se conhecem declarações vagas, avulsas e até inconsistentes."

(...) O médico recorda que na delegação regional do centro do IDT houve sucessivos cortes nos últimos

anos (o número de utentes e pessoas assistidas aumentou 180% e os colaboradores reduziram-se de 320 para 253). E lembra que o modelo português tem sido elogiado a nível internacional. Carlos Ramalheira pergunta: "Quais são, na verdade, as intenções relativamente à assistência a doentes dependentes e sobre o combate a toxicodependências?" João Goulão, no início muito crítico em relação à integração nas ARS, diz agora que, "tendo sido tomada esta decisão", o seu objetivo é "evitar o mais possível que haja perdas neste modelo de intervenção".

(...) A transferência para as ARS dos cuidados aos toxicodependentes e alcoólicos estará consumada a 31 de Dezembro. "Houve uma derrapagem grande em relação aos timings previstos e, uma vez que isto se atrasou tanto, decidimos aguardar por 31 de Dezembro para a integração dos profissionais nos mapas das cinco ARS", explicou (...)

Jornal Público, 12-11-2012 - Médico do Instituto da Droga demite-se em protesto. Pg. 1 e 12. Escrito por Alexandra Campos e Natália Faria

Em 2013, os responsáveis do SICAD e do PNRPLA 2010-2012 avaliaram a implementação do plano na área do tratamento especializado e da Rede de Referenciação com reservas, devido a deterioração das condições financeiras disponíveis, ao tempo decorrido sem que uma tomada de decisão fosse assumida e às mudanças estruturais que afetavam os serviços de saúde na área da alcoologia e a articulação destes com os cuidados de saúde do SNS.

Porque falamos em mudança, já é possível avaliar se resultaram mais ganhos ou perdas da integração de competências do ex-IDT nas ARS?

Manuel Cardoso (subdiretor do SICAD) – Neste momento, é impossível ainda avaliar... Diria que, provavelmente, ainda estamos todos em perda porque ainda não conseguimos construir o caminho futuro. A organização interna das ARS não está concluída, há ainda muita instabilidade, terminámos um ciclo estratégico e estamos no início de outro, não temos um mapa traçado; preparámos e vimos aprovada, no ciclo anterior, uma rede de referenciação que permitiria uma articulação efetiva entre cuidados primários, rede IDT e cuidados secundários que está a ser novamente trabalhada mas que também ainda não está implementada... Ainda estamos numa fase de muita instabilidade e, nesse contexto, não se pode melhorar. Tem que haver perda. Vamos acreditar que, quando isto estabilizar, poderão resultar ganhos. Mas diria que até no processo de integração nas ARS, a perda que pode existir será muito pouco significativa em termos de resposta aos utentes porque todas as áreas manifestam vontade para que a mesma seja a melhor possível, o que é louvável.

Revista Dependências, Maio-Junho/2013 – Entrevista com Manuel Cardoso: "Nova lei do álcool representa imensos ganhos". Pg. 4-6.

Apenas em 2014 a arquitetura da "Rede de referenciação para os Problemas Ligados ao Alcool", transformada em "Rede de Referenciação/Articulação no âmbito dos Comportamentos Aditivos e das Dependências" foi efetivamente aprovada pelo Ministério da Saúde e disponível para ser implementada pelos serviços.

Analisando as respostas e resultados gerados pela prestação de cuidados de saúde na rede pública de tratamento especializado, do IDT e posteriormente do SNS, entre 2009 e 2013, identifica-se um progressivo crescimento do atendimento em ambulatório, principalmente devido ao aumento de novos utentes, ao mesmo tempo que se identifica uma queda do atendimento em internamento, a volta de 2012 (ver Tabela 31).

Os números indiciam primeiramente que a maior parte das reestruturações dos serviços que ocorreram com a fusão dos CRAs no IDT tinham se efetivado anteriormente ao PNRPLA 2010-2012, pelo que a capacidade de atendimento e tratamento, principalmente no internamento, encontrava-se sustentada entre 2009 e 2010. A evolução dos dados do internamento a volta de 2012 (cortes orçamentais e transição do IDT para as ARSs), mostram uma quebra dos números, tanto na rede pública como na rede licenciada (provavelmente na sua parte convencionada), que refletem as notícias referentes a desinvestimentos nos serviços e a deficiências na capacidade de resposta face a procura crescente. Todavia, esta transição, não atingiu consistente a capacidade de resposta do atendimento em ambulatório e que possivelmente sustentou uma resposta a procura de tratamento (Portugal. Ministério da Saúde. Serviço Intervenção em Comportamentos Aditivos e Dependências, 2015, 2014).

Tabela 31 – Evolução dos indicadores de produção da rede de tratamento e internamento de alcoologia entre 2009 e 2013					
ALCOOLOGIA - AMBULATÓRIO (REDE PÚBLICA)	2009	2010	2011	2012	2013
Nº de utentes em ambulatório	9475	10382	10848	11117	11616
Nº de novos utentes em ambulatório	1029	1549	3009	3344	3403
% de novos utentes do total de utentes	10,9%	14,9%	27,7%	30,1%	29,3%
ALCOOLOGIA - INTERNAMENTOS REDE PÚBLICA - unidades de alcoologia e de desintoxicação LICENCIADA – convencionada e não convencionada))	2009	2010	2011	2012	2013
Total de utentes em tratamento nas Unidades de Alcoologia (UA) e Unidades de Desintoxicação (UD)	1475	1359	1250	978	1045
- UA e UD Públicas	1347	1249	1187	957	1031
- UD Licenciadas	128	110	63	21	14
Total de utentes em tratamento nas Comunidades Terapêuticas (CT)	711	797	802	767	926
- CT Públicas	16	20	33	47	58
- CT Licenciadas	695	777	769	720	868
(Portugal. Ministério da Saúde. Serviço Intervenção em Comportamentos Aditivos e Dependências, 2015, 2014)					

6. CONCLUSÕES: O SISTEMA POLÍTICO-ADMINISTRATIVO, OS ATORES SOCIAIS E AS POLÍTICAS DO ÁLCOOL EM PORTUGAL

Em Portugal existiram dois planos alcoológicos que se desenvolveram entre 1999 e 2013 e moldaram as políticas do álcool na primeira década do século XX. O primeiro foi o PACA (Plano de Ação Contra o Alcoolismo) e o período de influência nas políticas do álcool começou em 1999 e estendeu-se até 2006. O segundo foi o PNRPLA (Plano Nacional para a Redução dos Problemas Ligados ao Álcool) que começou a influenciar as políticas do álcool em 2007 e estendeu-se até 2013.

No cerne contextual do desenvolvimento desses dois planos estiveram as políticas públicas e os modelos de estratégias do plano internacional e supranacional, bem como o quadro epidemiológico do consumo de álcool em Portugal.

O estímulo promovido por essas orientações estratégicas e o compromisso assumido por Portugal em dar uma resposta adequada ao problema serviu de justificativa para a inserção dos Problemas Ligados ao Álcool (PLA) e das políticas do álcool na agenda política, através de uma ação técnica das autoridades de saúde portuguesas e demais atores sociais interessados nos problemas que afetam a Saúde Pública.

Os indicadores de saúde populacionais sobre o consumo de bebidas alcoólicas identificaram níveis e padrões de consumo associados a riscos e danos que não puderam ser desprezados. A necessidade de se desenvolverem medidas e intervenções como consequência desse quadro justificou a urgência da criação e implementação dos planos alcoológicos nacionais.

Estes determinantes já foram descritos e analisados noutros capítulos dedicados ao desenvolvimento das políticas do álcool e às tendências epidemiológicas do consumo de álcool em Portugal, nos contextos internacional e europeu.

Já no âmbito do processo político-administrativo de criação do conjunto de políticas públicas do álcool, sob a forma de planos, e da implementação das medidas e intervenções que lhes são inerentes, intervieram muitos outros factores. No decorrer deste capítulo, foram analisadas várias fases que compõem esses processos e identificadas, de forma marcante, as atividades desenvolvidas e as atuações dos diversos atores sociais envolvidos que influenciaram o desenvolvimento dos planos e das políticas do álcool.

Durante o processo de tomada de decisão política sobre a criação dos planos alcoológicos

O processo de criação dos planos alcoológicos foi em parte um trabalho de elaboração técnico, que sofreu poucas interferências externas, e em parte uma tomada de decisão política a nível governamental, que não alterou substancialmente os planos e as políticas, mas despertou os interesses internos e externos aos governos sobre a sua efetiva implementação.

No caso do PACA, o impulso renovador do Governo de então proporcionou o apoio às iniciativas da administração pública da Saúde (DGS) responsável pelas políticas do álcool, bem como à elaboração de um plano alcoológico. Durante esse processo de elaboração técnica, entre 1999 e 2000 identificaram-se pequenas resistências e inações de outros setores do Governo ou de entidades públicas na sua dependência. Esta fase do processo desenvolveu-se no seio restrito dos representantes técnicos da administração pública dos ministérios envolvidos, coordenados pela DGS (MS). Depois de alguns meses de trabalho sem apresentação pública de propostas ou decisões, alguns partidos políticos da AR tentaram transportar para a agenda política parlamentar a discussão e definição das orientações estratégicas. As influências e pressões oriundas do *lobbying* de atores sociais envolvidos com os PLA, nomeadamente da Indústria do Álcool, ainda não eram explícitas junto do Governo ou da AR nesta altura, mas faziam-se notar através de alguns discursos e intervenções políticas, inclusive a nível local. O PACA seria aprovado em sede de Conselho de Ministros em Novembro de 2000, em conformidade com a proposta inicial, sem ir a AR.

Todavia, a sua regulamentação, que deveria surgir por proposta dos respetivos ministérios envolvidos, acabaria por ficar a cargo do núcleo forte do Governo (Presidência do Conselho de Ministros), saindo das mãos da DGS e dos responsáveis técnicos pelas políticas do álcool. Isto indiciava uma necessidade de controlo e negociação política das medidas a implementar, fruto dos interesses em causa, tanto internos (setores do governo) como externos (setores da sociedade e nomeadamente a Indústria do Álcool). Outra circunstância que influenciaria a implementação do plano seria a falta de financiamento específico, refletindo a ausência de apoio político do governo de então e seguintes.

No caso do PNRPLA, a iniciativa de elaboração de um plano como forma de prossecução das políticas do álcool surgiu na sequência da mudança das estruturas responsáveis por essas políticas na administração pública a partir de 2006. Da parte do governo de então, a aceitação do processo foi relativamente demorada, iniciando-se apenas em 2008 e desenvolvendo-se por mais dois anos. Nestes dois anos, a elaboração do plano contou com a participação ativa de todos os atores sociais com interesses no assunto, posteriormente esteve em discussão pública e em seguida à espera da aprovação final do Governo. As influências e pressões oriundas dos atores sociais envolvidos esteve sempre presente, por vezes de forma participativa no processo, por vezes de forma explícita ou pública no discurso dos atores e por vezes implícita através das ações de *lobbying* e pressão junto das autoridades e responsáveis políticos. A comunidade de

Saúde defendeu publicamente a sua posição a favor das políticas públicas em geral e foi dada ênfase ao reforço das medidas legislativas mais restritivas. Entretanto, os representantes da Indústria do Álcool foram quem mais se destacou em termos estratégicos nesse panorama. Com a abertura ao diálogo e à participação dada pelas autoridades públicas responsáveis, ela ocupou terreno e desenvolveu projetos com maior convivência e legitimidade, rejeitou as medidas restritivas e apoiou as informativas e de sensibilização, na busca de uma plataforma de consenso proposta pelo poder público. Acresce o fato de ter do seu lado um apoio já estabelecido junto dos partidos políticos e das suas representações na AR, onde diversas iniciativas foram sendo desenvolvidas. Também os interesses internos de setores do Governo como agricultura, economia e finanças, entre outros, sobressaíam nas decisões políticas e iam ao encontro dos interesses dos diversos setores da Indústria do Álcool. Isto num momento em que a crise económica e financeira do Estado começava a agravar-se, demonstrando a captura do poder político dos Governo pelo poder económico, neste caso da Indústria do Álcool multinacional. A aprovação do PNRPLA ocorreu em 2010, quatro anos após as primeiras mudanças na área das políticas do álcool, já num governo posterior ao que lhes deu início. O resultado final do plano, já em si moldado pela estratégia europeia (que sofreu influência da Indústria do Álcool na sua conceção) e pelas participações da Indústria durante o processo, seguiu a proposta final apresentada um ano antes.

Todavia, não seriam implementadas as suas medidas mais restritivas, nem produzida qualquer regulamentação, por decisão do governo no ato da aprovação. Esta ação do Governo deixou claro como os interesses da Indústria estavam presentes e prevaleciam nas tomadas de decisão. Outra circunstância que influenciaria a implementação do plano seria a falta de financiamento específico prevista, em parte por recursos escassos disponíveis, em parte por falta de vontade e apoio político que continuou a manifestar nos atos de gestão dos governos a partir daí.

Em suma, o processo de tomada de decisão sobre as políticas do álcool e os planos alcoológicos é caracterizado por uma iniciativa técnica da área da Saúde, por uma captura progressiva da matéria pelos governos, por manobras pouco claras em relação aos interesses em causa e por um sistemático adiamento das decisões. Na sequência da aprovação dos planos (que não sofreram grandes desvios das propostas originais) a regulamentação e financiamento deficitários comprometeram sempre a sua implementação.

Durante o processo de implementação das políticas públicas dos planos alcoológicos

Após a aprovação pelos governos dos planos alcoológicos, a sua implementação sofreu sempre inúmeros reveses.

No caso do PACA, seis meses após a sua aprovação, o Governo tinha centralizado na Presidência do Conselho de Ministros o trabalho de regulamentação das principais medidas previstas. Apenas no final de 2001 e início de 2002, antes de deixar funções, o Governo efetivou a concretização de alguma legislação segundo o seu entendimento, tendo alterado alguns aspetos críticos em relação ao definido no PACA. A legislação aprovada sobre a venda de álcool definiu uma idade limite para venda mais baixa (16 anos) que a prevista no plano (18 anos) e tornou o processo de fiscalização da legislação de difícil execução. A legislação sobre restrições à publicidade deixou hipótese para interpretações menos restritivas que os princípios evidenciados no plano, tornando-a ineficaz na aplicação e desrespeitada no cumprimento, sem que tenha havido uma fiscalização efetiva. Essa centralização, que culminou na regulamentação parcial do PACA, não definiu ou destinou nenhum financiamento ou recursos à implementação do plano, seja no que concerne a regulamentação, seja relativo a outras atividades previstas.

Durante o segundo semestre de 2001, ocorreu um período de contestação que antecedeu a regulamentação do plano e criou circunstâncias políticas exacerbadas e

muito limitadoras da ação do Governo na área do álcool. A aprovação de uma medida legislativa de diminuição da TAS na condução sob o efeito do álcool para valores muito baixos, com vista a reduzir os acidentes de viação (tomada à margem do PACA e relacionada com a Segurança Rodoviária) sofreu forte oposição de uma vasta gama de representantes e parceiros da Indústria do Álcool. Essa atuação da Indústria levou o governo de então a perder apoio a nível do poder local, principalmente em regiões produtoras de vinho, afetando a sua continuidade. A partir dessa altura houve uma retração da ação regulamentar e executiva dos governos nas políticas públicas do álcool. A medida em causa de redução da TAS na condução foi suspensa e finalmente revogada, e nenhuma outra ação concreta de implementação ou reforço das políticas do álcool foi desenvolvida, evitando assim desentendimentos com a Indústria. Este acontecimento pode ser visto como uma ação estratégica da Indústria do Álcool, no processo de negociação de todas as políticas do álcool, para demonstrar o seu poder perante o Governo, já que o cerne da questão não justificava a dimensão da mobilização e da contestação.

Nos anos que se seguiram, os governos não desenvolveram mais nenhuma ação concreta de implementação de medidas. Alguns partidos políticos com assento na AR, normalmente ocupando o lugar de oposição ao governo, questionaram a ausência de iniciativas e de meios para pôr em prática o PACA, mas sem impacto na agenda política. A Comunidade de Saúde e algumas ONGs manifestaram sistematicamente o abandono das políticas do álcool, da aplicação da legislação e sua fiscalização e das estruturas que prestavam cuidados de saúde, sem contudo obter respostas às suas reivindicações. A Indústria do Álcool tentava desenvolver programas intitulados como de “responsabilidade social” em parcerias com organismos públicos, enquanto geria mais livremente o seu negócio. Uma atuação mais incisiva da Indústria do Álcool junto das autoridades de Saúde responsáveis pelas políticas do álcool e do governo ocorreria a partir de 2005, quando esta tentou negociar a posições de Portugal junto da OMS e da UE, através de propostas de cedências em algumas políticas públicas e compromissos de atuação mais responsável que estavam na disposição de assumir. Num momento de mudanças de governo e de estruturas de governação das políticas do álcool, e devido a uma posição mais firme das autoridades de Saúde, essas tentativas não obtiveram uma resposta. Todavia, nos anos que se seguiram a 2006, a participação ativa da Indústria no desenvolvimento das políticas do álcool pelos governos intensificou-se, num primeiro momento, no processo de elaboração do PNRPLA e tomada de decisão política sobre a criação do plano, como foi analisado anteriormente.

Em relação ao processo de implementação do PNRPLA, na mesma altura da sua aprovação, em 2010, foi anunciado que o governo não desenvolveria legislação restritiva da disponibilidade e acesso ao álcool ou da publicidade, optando por investir apenas no reforço da fiscalização existente (sem rever os mecanismos para tal) e nas ações de informação e sensibilização públicas (sem destinar financiamento e meios para o efeito). Este anúncio ocorre depois de um período extremamente longo de espera pela decisão em que foram feitas promessas sucessivas quanto à criação e implementação das medidas agora rejeitadas.

Esta incoerente e até demagógica ação simultânea do Governo demonstrou que os conteúdos das políticas públicas do álcool estavam comprometidos por interesses internos e externos. O processo de rejeição das medidas mais efetivas, com menos custo associados e de efeito mais imediato, respondia aos interesses económicos presentes inclusive no seio do próprio governo, e aos interesses defendidos publicamente pela Indústria do Álcool.

Os partidos políticos com assento na AR, apesar de possuírem razoável informação e conhecimento sobre as políticas do álcool que deveriam ser desenvolvidas, não questionaram essa posição do Governo na altura. Apenas o fizeram mais tarde mas relativamente aos desinvestimentos nas estruturas e meios que deveriam permitir a

implementação do plano. Com a entrada de um novo governo em 2011, a reorganização das estruturas responsáveis pelas políticas e pelos serviços de saúde também foi questionada. Como no passado, as interpelações de alguns partidos foram pontuais e as respostas dos governos apenas esclarecedoras. Ambas as intervenções não proporcionaram grande impacto ou alteração na agenda política dos governos.

De forma diversa do passado, a partir de 2010 já existiam estruturas dedicadas à coordenação, execução e acompanhamento das políticas do álcool e do PNRPLA. Foram essas estruturas que mantiveram o plano e os serviços de intervenção social e de saúde em funcionamento, apesar das dificuldades orçamentais e mudanças nas organizações que ocorreu desde essa altura. No período de implementação do PNRPLA, entre 2010-2012 e algum tempo depois disso, o FNAS foi a plataforma de atuação informal e pública dos representantes de organismos da Administração Pública, ONGs e da Indústria do Alcool.

Nesse contexto, a Comunidade de Saúde e algumas ONGs manifestaram-se sistematicamente sobre a ineficácia das políticas públicas e medidas existentes, a mensagem dúbia que era transmitida sobre o papel da indústria e das bebidas alcoólicas na sociedade e, mais uma vez, a falta de recursos e a desestruturação organizativa da prestação de cuidados de saúde. Essas manifestações não encontraram muito respaldo das autoridades responsáveis pelas políticas do álcool que tentavam proteger e promover as suas intervenções, serviços e programas. Em alguns momentos esse confronto de opiniões e interesses criou uma certa cisão de objetivos de Saúde Pública que eram comuns a esses atores sociais. A exceção foi a manifestação em torno do objetivo de definir a idade limite de venda de bebidas alcoólicas para 18 anos, que uniu as ONGs, comunidade de saúde e autoridades públicas de saúde, demonstrando que é possível conjugar esforços em torno de interesses comuns ligados ao Bem-Público e à Saúde. No entanto, na generalidade, a capacidade de *advocacy* das ONGs e Comunidade de Saúde ficou comprometida neste período.

A Indústria do Alcool desenvolveu uma estratégia eficaz dentro do FNAS, de participação ativa nas políticas públicas do álcool como forma de influenciar as decisões e ações das autoridades da administração pública e dos Governos. Criaram organizações de representação social da Indústria, ou ONGs financiadas por estas, e desenvolveram colaborações com organismos públicos da administração pública, incluindo o IDT/SICAD (organismo responsável pelas políticas do álcool) em intervenções e programas que adaptavam os seus interesses e pontos de vista ao contexto das políticas públicas do álcool. Estas intervenções, juntamente com um marketing incisivo, serviram inclusive para melhorar a imagem pública desses atores sociais e do álcool. Desenvolveram paralelamente estratégias de *lobbying* junto do poder político dos partidos na AR e do executivo, inclusive com políticos que defendiam os seus interesses nesses organismos. No final do período de implementação do PNRPLA, em 2013, ainda sem que medidas legislativas mais restritivas tivessem sido implementadas pelo governo, um representante do setor cervejeiro veio mesmo a ocupar o cargo de Ministro da Economia, tendo interferido a partir daí em diversos assuntos das políticas do álcool.

Apesar de sucessivos anúncios, desde 2011, por parte do novo Governo sobre a criação de legislação mais restritiva na venda e na publicidade de bebidas alcoólicas, continuou adiada a decisão de regulamentar as medidas do PNRPLA, como noutros momentos, para benefício da Indústria do Alcool. Alterações legislativas só ocorreram parcialmente em 2013 e de forma desvirtuada daquela prevista no PNRPLA e prometida pelo governo, reforçando o caráter demagógico do discurso do governo e o adiamento infundável de medidas efetivas e tecnicamente corretas. Estratégias e ações em favor dos interesses da Indústria defendidos pelo Governo.

Em suma, o processo de implementação das políticas públicas do álcool e dos planos alcoológicos é caracterizado por financiamento deficitário, falta de regulamentação, um

sistemático adiamento das decisões e uma defesa de interesses ligados à Indústria do Álcool por parte dos governos. Igualmente de realçar uma maior participação e influência da Indústria do Álcool nos organismos responsáveis da administração pública pelas políticas do álcool.

Independentemente do plano em causa, os problemas de implementação comprometeram as respostas em termos de práticas legislativas e de prestação de serviços.

O comprometimento das respostas das práticas legislativas deveu-se à falta de regulamentação de base que fosse ao encontro dos objetivos desejados dos planos e à falta de reforço da regulação e fiscalização das atividades da Indústria do Álcool.

O comprometimento das respostas dos serviços deveu-se principalmente à falta de financiamento e recursos adequados e à ineficiência na administração pública associada a inúmeras reestruturações.

Tal não significa que não houve mudanças. Algumas áreas que não eram reguladas ganharam, no início da década de 2000, alguma regulamentação, como a disponibilização e venda de álcool ou a publicidade de bebidas alcoólicas. Noutras, mesmo que lentamente, foram implementadas medidas e evoluíram nas suas práticas e serviços. Foi o caso das políticas de Segurança Rodoviária (uma área autónoma das políticas do álcool) e da condução sob o efeito do álcool, que desenvolveu paulatinamente legislação e mecanismos de controlo do problema. Foi também o caso dos serviços de saúde direcionados à alcoologia ou os serviços de intervenção em contextos sociais que, da segunda metade da década de 2000 em diante, devido às reestruturações da administração pública, expandiram e rentabilizaram estruturas para o atendimento e tratamento dos doentes e para a intervenção social e redução de danos na área do álcool.

Muito do que foi planeado e replaneado ficou ainda por regulamentar e implementar, reforçar e desenvolver. Inserir as políticas do álcool em todas as políticas setoriais dos governos que lhes dizem respeito continua a ser uma necessidade premente.

CAPÍTULO IV – PERCEÇÃO DOS ATORES SOCIAIS SOBRE AS POLÍTICAS DO ÁLCOOL EM PORTUGAL

1. INTRODUÇÃO

A leitura que os atores sociais fazem da situação e dos acontecimentos das políticas do álcool, determina a forma como lidam com os assuntos correspondentes. Assim, a avaliação que fazem das diversas políticas públicas e medidas para lidar com os PLA irá ditar em parte a possibilidade dessas iniciativas terem sucesso.

A sua ação se dirige comumente às áreas de maior interesse e melhores resultados para a sua perspetiva, nem sempre coincidentes com a visão científica das políticas e medidas mais eficazes e efetivas. Como a influência dos atores sociais é significativa nas tomadas de decisões políticas e na implementação das políticas públicas e medidas, essa percepção torna-se importante no estudo das políticas públicas do álcool.

A recolha da percepção dos atores sociais envolvidos nas políticas do álcool (representantes das entidades/instituições) aqui apresentada foi obtida através da aplicação de um questionário dirigido a um painel de atores sociais representantes organismos e entidades que acompanharam e envolveram no desenvolvimento do PACA ou do PNRPLA ou participaram no FNAS.

Neste questionário foi recolhida a percepção dos atores sociais em relação às políticas do álcool em abstrato e através das medidas que foram aplicadas pelo PACA e pelo PNRPLA no decorrer dos seus períodos de vigência. Também foi recolhida a percepção sobre a participação dos diversos grupos de atores sociais - (i) Governo/Administração Pública, (ii) Sociedade Civil Organizada/ONGs e (iii) Indústria do Álcool - em relação a cada categoria de política pública. Algumas opiniões descritivas sobre as estratégias de implementação das políticas do álcool em Portugal complementaram a informação.

Especificamente, foi colhida a percepção dos inquiridos sobre:

- O grau de impacto, importância e realização das medidas de públicas para reduzir os danos relacionados com o consumo de álcool;
- O grau de influência - oposição ou apoio - dos grupos de atores sociais;
- Os avanços e barreiras recentes e os avanços e mudanças necessárias nas políticas do álcool.

O universo de entidades com as quais se conseguiu estabelecer um contacto com pelo menos um representante para as políticas do álcool foi de setenta e três (73). Dessas, seis (6) entidades declinaram da sua participação (os principais motivos se prenderam a alguma condicionante, incapacidade percebida para a tarefa ou não autorização superior da entidade a que pertenciam atualmente).

A listagem final de entidades que acederam responder ao questionário se fixou assim em sessenta e sete (67) entidades. O número total de respostas válidas recebidas ao questionário foi contabilizado em cinquenta e seis (56) questionários, representativos de cinquenta e um (51) entidades das setenta e três (73) efetivamente contactadas (uma taxa de resposta de 70%) e das sessenta e sete (67) que aceitaram participar (uma taxa de resposta de 76%). A não equivalência entre respostas e entidades/serviços acontece devido ao fato de algumas entidades possuem mais de um representante/colaborador que respondeu ao questionário, bem como alguns atores representarem simultaneamente mais de uma entidade ao longo do tempo. O nível de resposta ao

questionário foi considerado alto suficiente para que os resultados do painel fossem considerados fiáveis.

Das 67 (100%) entidades convidadas a participar do inquérito 39 (58,2%) pertenciam ao grupo de entidades do Governo/Administração Pública, 9 (13,4%) pertenciam ao grupo de entidades da Indústria do Álcool e 19 (28,4%) pertenciam ao grupo de entidades Sociedade Civil Organizada/ONGs.

Das 51 (100%) entidades com respostas válidas ao inquérito 32 (70,1%) pertenciam ao grupo de entidades do Governo/Administração Pública, 4 (7,8%) pertenciam ao grupo de entidades da Indústria do Álcool e 15 (29,4%) pertenciam ao grupo de entidades Sociedade Civil Organizada/ONGs.

As 56 respostas recebidas do inquérito estavam divididas da seguinte forma: 35 (64,3%) pertenciam ao grupo de entidades do Governo/Administração Pública, 4 (3,6%) pertenciam ao grupo de entidades da Indústria do Álcool e 17 (32,1%) pertenciam ao grupo de entidades Sociedade Civil Organizada/ONGs.

Maiores detalhes sobre a construção e aplicação do inquérito podem se encontradas no final do Anexo 4 e uma reprodução do questionário é apresentada no Anexo 5.

As respostas ao inquérito são no essencial eram referentes a percepção dos inquiridos sobre um conjunto abrangente de medidas e intervenções das políticas do álcool em geral e das pertencentes ao PACA e ao PNRPLA em especial.

Todas as respostas foram agregadas, para efeito de análise, de acordo com as categorias de políticas públicas do álcool, como definidas na investigação e no questionário original de referência. As categorias referentes a “comércio ilícito de produtos com álcool” e “subsídios a viajantes na EU” (presentes no questionário original) não foram consideradas por não se referirem a políticas nacionais, restando dez categorias identificadas para análise (ver Tabela 32).

Tabela 32 – As categorias de medidas do questionário analisadas no âmbito da investigação

<ul style="list-style-type: none">– Condução sob o efeito do álcool– Estratégias de educação e persuasão:<ul style="list-style-type: none">o Educação, comunicação, formação e consciencialização públicao Embalagem e rotulagem de produtos com álcool– Preços e taxas com vista a reduzir os danos causados pelo álcool Regulação do acesso físico ao álcool:<ul style="list-style-type: none">o Restrições à disponibilidade de álcoolo Venda a menores– Regulação do marketing e da promoção do álcool (inclui publicidade, promoção e patrocínio do álcool)– Modificação de contextos de consumo de álcool (inclui redução de danos no consumo de álcool e ambientes envolventes)– Intervenções precoces e tratamento:<ul style="list-style-type: none">o Intervenções no consumo de risco e nocivo de álcool e dependência de álcoolo Intervenções e assistência aos familiares de pessoas com dependência de álcool
--

A percepção dos inquiridos sobre o posicionamento e a qualidade da influência dos grupos de atores sociais em relação a cada categoria de política pública do álcool definida também foi recolhida e analisada.

Toda análise dos dados recolhidos, essencialmente ordinais, foi feita utilizando o programa informático SPSS 23. A agregação das respostas em categorias, quando necessária, foi feita através de técnicas de simplificação dos dados, do tipo ordinal, reduzindo o número de variáveis às categorias a que pertencem, que funcionaram a semelhança de índices de avaliação ou fatores. Essa análise permitiu também avaliar a validade das variáveis que constituem os fatores (categorias de políticas do álcool),

identificando se estas medem e fazem parte do mesmo conceito. O número de respostas válidas ao questionário demonstrou se adequada utilização desses procedimentos. A finalidade desse processo foi permitir uma análise compreensiva, homogênea e comparativa dos dados agregados através das categorias definidas e não a análise dos fatores e das variáveis que os compõem (Pestana e Gageiro, 2005).

Os resultados da análise obtidos correspondem às respostas agregadas do universo dos inquiridos, e procuram identificar a posição predominante do painel de atores sociais consultado. Apesar de se apresentar a média das respostas, esta apenas permite leituras simplificadas e comparações entre categorias e podem ser o resultado de diversificadas distribuições dos dados. Assim, foi considerada especialmente importante para a análise os dados referentes a mediana e aos quartis, que permitem identificar uma maioria absoluta ou qualificada de respostas com tendências semelhantes, bem como os dados das frequências que identificam concentrações de respostas mais específicas.

Existiram ainda respostas abertas escritas sobre a situação das políticas do álcool em Portugal, que foram selecionadas, categorizadas e analisadas de acordo com as perguntas elaboradas e com a grelha de categorias utilizada na investigação. Os resultados obtidos foram sintetizados e apresentados, fornecendo informação complementar sobre a perceção dos atores sociais sobre as políticas do álcool em Portugal.

2. O CONHECIMENTO DAS ESTRATÉGIAS POLÍTICAS DO ÁLCOOL

A parte inicial do inquérito procurou investigar um assunto prévio sobre os inquiridos, enquanto atores sociais envolvidos nas políticas do álcool: o conhecimento sobre as estratégias de políticas do álcool produzidas e seguidas pelo país, já que estas seriam um instrumento essencial para a atuação e posicionamento dos atores sociais.

As respostas às essas questões são feitas através de uma Escala de *Likert* graduada de 0 (nenhum) a 10 (muito alto) relativamente ao grau de conhecimento dos inquiridos sobre as estratégias nacionais e internacionais para os PLA (ver Tabela 33).

Tabela 33 - Classificação da Escala de <i>Likert</i> sobre o grau de conhecimento das políticas do álcool						
Grau de conhecimento das políticas do álcool						
0	1 - 2	3 - 4	5	6 - 7	8 - 9	10
nenhum	(+) baixo	baixo	moderado	alto	(+) alto	muito alto

Os resultados obtidos demonstraram no geral que o grau de conhecimento sobre as políticas do álcool vigentes é relativamente baixo, considerando o público-alvo do inquérito. As médias obtidas encontram-se no meio da escala (5), correspondendo a um nível de conhecimento moderado e apenas a última estratégia nacional (PNRPLA 2008-2012) obteve uma classificação um pouco superior (6), considerada moderadamente alta. Mesmo analisando a distribuição dos resultados, encontra-se mais da metade dos inquiridos com uma autoavaliação de 6 ou menor para todas as estratégias, com exceção para o caso do PNRPLA 2010-2012, onde este apenas um terço dos inquiridos ocupa esta posição. O conhecimento maior do PNRPLA pode ser explicado pela proximidade temporal da vigência do plano e pela participação maior dos atores com essa estratégia, nomeadamente através do FNAS. O maior contato com as atuais políticas do álcool portuguesas não proporcionou um conhecimento considerado consistente das políticas internacionais ou europeias, nem das políticas portuguesas anteriores (ver Tabela 34).

Tabela 34 - Conhecimento das políticas do álcool				
Questão:	“Como avalia o seu nível de conhecimento em relação às políticas do álcool e períodos descritos?”			
Estratégias	PORTUGAL - PACA 2000 (período de influência: 2000 a 2012)	PORTUGAL - PNRPLA 2010-2012 (período de influência: 2008 a 2012)	UNIÃO EUROPEIA (período de influência: 2001-2012) ²⁹³	ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (período de influência: 2000-2012) ²⁹⁴
Respostas válidas (N=56)	55	54	53	53
Média	5,8727	6,6667	5,6981	5,4528
Desvio padrão	2,93797	3,07761	3,04823	2,86602
Valor Min-Máx	0 - 10	0 - 10	0 - 10	0 - 10
Mediana	6,0	7,5	6,0	6,0
1º – 3º Quartil	4,0 - 8,0	5,0 - 9,0	3,5 - 8,0	4,0 - 8,0

Considerando a especialização dos atores e a sua participação ativa nas políticas do álcool em Portugal, ter mais de um quarto dos atores com um baixo conhecimento sobre as políticas públicas nas quais participam e com as quais trabalham pode ser identificado com limitador da capacidade de participação adequada nas tomadas de decisões políticas ou nas escolhas das medidas e forma de as implementar.

3. AS POLÍTICAS PÚBLICAS DO ÁLCOOL, OS PLANOS NACIONAIS E A ATUAÇÃO DOS ATORES SOCIAIS

Uma segunda parte do inquérito se dedicou a avaliar um conjunto de medidas sobre as políticas do álcool em geral (que estiveram em desenvolvimento a nível europeu) e os dois planos nacionais que abordaram as políticas do álcool, desde o início da década de 2000. As questões avaliaram a perceção dos inquiridos sobre o grau de impacto e de importância que as medidas de políticas do álcool possuíam e, no caso dos planos nacionais, o grau de realização das medidas propostas.

A terceira parte do inquérito avaliou a perceção dos inquiridos sobre o posicionamento dos diversos grupos de atores sociais em relação às medidas de políticas públicas do álcool, nomeadamente no que se refere ao grau de influência (oposição Vs. apoio) que estes exercem.

As respostas às questões sobre as medidas de políticas públicas para o álcool foram obtidas através de uma Escala de *Likert* e graduadas de 0 a 10, sendo o valor intermédio da escala (5) o ponto mais moderado e os valores extremos de menor (0) e maior (10) grau de intensidade de impacto, importância e realização das medidas políticas listadas para cada uma das 10 categorias das políticas do álcool analisadas.

²⁹³ Principais documentos referenciados:

- *Recommendation on the drinking of alcohol by young people, in particular children and adolescents 2001;*
- *Community strategy to reduce alcohol related harm 2001;*
- *EU strategy to support Member States in reducing alcohol related harm 2006.*

²⁹⁴ Principais documentos referenciados:

- *WHO European Alcohol Action Plan 2000-2005;*
- *WHO European Alcohol Action Plan 2006-2010;*
- *Framework for alcohol policy in the WHO European Region 2006;*
- *WHO Global strategies to reduce harmful use of alcohol 2010.*

As respostas às questões sobre o posicionamento dos atores sociais foram obtidas através de uma Escala de *Likert* graduada de 0 a 10, sendo o valor intermédio da escala (5) o ponto mais neutro e os valores extremos de maior intensidade de oposição (0) e de apoio (10) relativamente ao posicionamento dos atores sociais em cada uma das 10 categorias das políticas do álcool analisadas.

Em ambos os casos, a pontuação da posição intermédia da escala foi limitada ao número 5, deixando uma maior amplitude na escala nos intervalos de 1-4 e de 6-9, evitando assim tendências a respostas mais neutras, que não refletissem claramente as percepções dos inquiridos (ver Tabela 35).

Tabela 35 - Classificação da Escala de <i>Likert</i> sobre o grau de impacto, importância e realização das políticas públicas e o posicionamento dos atores sociais						
Grau de impacto, de importância e de realização das políticas públicas						
0	1 - 2	3 - 4	5	6 - 7	8 - 9	10
nenhum	(-) baixo	moderadamente baixo	moderado	moderadamente alto	(+) alto	muito alto
Posicionamento dos atores sociais diante das políticas públicas						
0	1 - 2	3 - 4	5	6 - 7	8 - 9	10
total oposição	(-) oposição	oposição moderada	neutro	apoio moderado	(+) apoio	total apoio

Na análise das políticas públicas, optou-se por agregar as respostas referentes às diversas medidas de políticas públicas de acordo com as suas respetivas categorias a que pertencem. Algumas categorias possuíam apenas uma medida relacionada, pelo que, nesses casos, não foi necessária a agregação. Outras categorias, no contexto dos planos nacionais, não possuíam nenhuma medida referenciada, pelo que essas categorias não foram consideradas neste contexto.

Para verificar a consistência interna do conjunto de medidas específicas (variáveis) que foram agregadas nas respetivas categorias de políticas do álcool, formando um índice, foi calculado o *Alfa de Cronbach* (padronizado)²⁹⁵ para as respostas múltiplas ao inquérito (cada conjunto de medidas específicas ou variáveis).

Esta agregação das diversas medidas (variáveis) em categorias (índices) permite o enquadramento e a comparação com outros dados colhidos no inquérito e na investigação, bem como a compreensão global de dados muito extensos e variados referentes às diversas categorias de políticas públicas.

A seguir analisa-se, para cada uma das categorias de políticas públicas do álcool, as respostas sobre o grau de impacto e importância que cada política pública tem para a redução dos danos causados pelo álcool. No caso das políticas do álcool nacionais desenvolvidas, analisa-se também as respostas sobre o grau de realização das políticas públicas. Segue-se a análise do posicionamento dos atores sociais relativamente as categorias de políticas públicas em causa.

²⁹⁵ Consistência interna para o *Alfa de Cronbach*: acima de 0,9 – Muito boa; entre 0,8 e 0,9 – Boa; entre 0,7 e 0,8 – Razoável; entre 0,6 e 0,7 – Fraca; abaixo de 0,6 inadmissível.

3.1. MEDIDAS PARA A CONDUÇÃO SOB O EFEITO DO ÁLCOOL

As medidas a seguir descritas que fazem parte dessa categoria são claramente de ordem legislativa, na sua conceção, aplicação e práticas. Estão referenciadas como das mais efetivas e a sua aplicação é recomendada como prioritária internacionalmente.

3.1.1. Políticas Públicas do Álcool em geral (ver Anexo 7 – Tabela 1 e Tabela 2)

O índice criado para a categoria “condução sob o efeito do álcool”, com 4 variáveis representadas pelas medidas identificadas neste domínio, apresentou uma fraca consistência interna (*Alfa de Cronbach* de 0,700 para o índice “impacto” e igual 0,627 para o índice “importância”) devido a presença da medida “campanhas de condutor designado” que obtém respostas dispares (menos favoráveis) que as restantes medidas que integram o índice. Assim, optou-se por agregar apenas as 3 medidas restantes no modelo e analisar a medida em causa separadamente (ver Anexo 7 – Tabela 1).

Assim, o índice a seguir criado nessa categoria, com 3 variáveis (medidas), possui uma consistência interna “razoável” para os índices de “impacto” e “importância” (*Alfa de Cronbach* de 0,787 e de 0,765 respetivamente).

Apesar das médias dos itens do índices não refletirem uma pontuação específica ou significado, permitem pontuar e comparar a perceção dos inquiridos que avaliam as categorias de políticas públicas. No caso, os valores médios correspondem a uma avaliação positiva do grau de impacto potencial e de importância das medidas na redução dos danos causados pelo consumo de álcool, com valores relativamente altos (entre 7 e 8)

A distribuição das frequências relativas às respostas da categoria refletem melhor a avaliação dos inquiridos, indicando que:

- 84,5% dos inquiridos pontuou o grau de impacto das medidas como moderadamente alto ou mais (6 a 10) e 57,7% como alto ou muito alto (8 a 10) que confirma a perceção maioritária deste grau de impacto mais elevado das medidas;

- 90,2% dos inquiridos pontuou o grau de importância das medidas como moderadamente alto ou mais (6 a 10) e 66,1% como alto ou muito alto (8 a 10), que confirma a perceção maioritária deste grau de impacto mais elevado das medidas.

A medida restante, analisada separadamente - “campanhas de condutor designado” - possui uma vertente mais ligada a senilização e educação dos consumidores. A medida não apresenta evidências de efetividade em diminuir acidentes. Apesar de poder evitar a condução sob o efeito do álcool, estimula que os demais ocupantes bebam. Não existem recomendações a sua aplicação. As respostas dos inquiridos sobre essa medida possuem uma média relativamente mais baixa que o conjunto das restantes medidas da categoria, situando-se entre 6 e 7, inferior portanto as demais (ver Anexo 7 – Tabela 2)

As medianas confirmam essa posição central correspondente a um grau de impacto e de importância moderadamente alto (7) e o intervalo interquartil demonstra uma tendência central da maioria das respostas situar o impacto e a importância da medida entre um grau moderado e alto (5 a 8) ou acima desse (8 a 10) no quartil superior. A distribuição das frequências das respostas relativas à medida refletem melhor a avaliação dos inquiridos, indicando que ainda existe uma consistente avaliação positiva da medida:

- 69,9% dos inquiridos pontuou o grau de impacto da medida como moderadamente alto ou mais (6 a 10) e concentrando 35,7% das respostas como um grau de impacto relativamente alto (entre 7 a 8).

- 72,2% dos inquiridos pontuou o grau de importância das medidas como moderadamente alto ou mais (6 a 10) e concentrando 42,6% das respostas como um grau de impacto relativamente alto (entre 7 a 8).

3.1.2. Planos Nacionais – Políticas Públicas do PACA e do PNRPLA

- PACA (ver Anexo 7 – Tabela 3)

As respostas múltiplas agregadas na categoria “condução sob o efeito do álcool”, que reúne 3 variáveis (medidas políticas públicas), possuem uma consistência interna “boa” ou “muito boa” para os índices de “impacto”, “importância” e “realização”.

No caso, os valores médios correspondem a uma avaliação menos positiva que nas políticas em geral quanto ao impacto das medidas, com valores entre 6 e 7, quando a primeira apresentava valores entre 7 e 8. Contudo continuam a considerar de forma similar o grau de importância das medidas, com valores a volta de 8.

O grau de realização dessas medidas do PACA apresenta um resultado que pode ser considerado muito próximo do meio da escala (5), mas o resultado pode indicar diferentes distribuições de pontuações.

A distribuição das frequências relativas às respostas da categoria refletem melhor a avaliação dos inquiridos, indicando que:

- 75,8% dos inquiridos pontuou o grau de impacto das medidas como moderadamente alto ou mais (6 a 10) e 49,0% como alto ou muito alto (8 a 10);
- 88,3% dos inquiridos pontuou o grau de importância das medidas como moderadamente alto ou mais (6 a 10) e 71,3% como alto ou muito alto (8 a 10);
- Cerca de 42,6% dos inquiridos pontuou o grau de realização das medidas como moderadamente alto ou mais (6 a 10), assim como 42,1% como moderadamente baixo ou menos (0 a 4). Mas é de referenciar a pontuação dada por cerca de 18,7% dos inquiridos de nenhum (0) grau de realização das medidas, ao contrário da distribuição mais homogênea da escala na sua parte oposta. A posição moderada (5) foi pontuada por cerca de 15,3% dos inquiridos. Os resultados parecem demonstrar uma falta de consenso sobre a realização das medidas ou uma falta de informação de base que dê consistência às percepções apresentadas.

- PNRPLA (ver Anexo 7 – Tabela 4)

As respostas múltiplas agregadas na categoria “condução sob o efeito do álcool”, que reúne 6 variáveis (medidas políticas públicas), possuem uma consistência interna “boa” para os índices de “impacto” e de “importância” e “muito boa” para o índice de “realização”.

No caso, os valores médios correspondem a uma avaliação positiva do impacto potencial e da importância das medidas na redução dos danos causados pelo consumo de álcool, com valores acima de 7 e de 8 respetivamente (alto), de forma similar as “políticas do álcool em geral”.

O grau de realização dessas medidas do PNRPLA apresenta um resultado entre 6 e 7, o que pode indicar já algum desenvolvimento dessas políticas públicas.

A distribuição das frequências relativas às respostas da categoria refletem melhor a avaliação dos inquiridos, indicando que:

- 87,2% dos inquiridos pontuou o grau de impacto das medidas como moderadamente alto ou mais (6 a 10) e 54,2% como alto ou muito alto (8 a 10);
- 92,7% dos inquiridos pontuou o grau de importância das medidas como moderadamente alto ou mais (6 a 10) e 68,7% como alto ou muito alto (8 a 10);

Esses resultados indicam uma maioria dos inquiridos a perceberem um grau de impacto e importância alto ou muito alto, com destaque para uma importância dada mais pronunciada que o impacto potencial identificado.

- 64,5% dos inquiridos pontuou o grau de realização das medidas como moderadamente alto ou mais (6 a 10) e apenas 22,0% considerou o grau de realização das medidas como moderadamente baixo ou menos (0 a 4). Considerando a pontuação entre 5 e 8 obtém-se um valor de 61,3% dos inquiridos, reforçando uma posição mais consensual a volta de um grau de realização moderado a moderadamente alto das medidas nesta categoria.

3.1.3. Posicionamento dos atores sociais (ver Anexo 7 – Tabela 5)

Os valores médios encontrados correspondem a uma perceção dos inquiridos sobre a influência dos grupos de atores sociais do Governo/Administração Pública e das ONGs avaliada como de apoio, com valores muito próximos entre 7 e 8 (alto) e como neutra da Indústria do Álcool, com valores a volta de 5.

As medianas mostram mesmo valores mais altos de apoio às medidas para os dois primeiros grupos (9 e 8 respetivamente) e confirmam a posição neutra do terceiro grupo (5) de atores sociais. O intervalo interquartil confirma que essas respostas consideram existir uma influência apoiante das medidas por parte dos dois primeiros grupos (entre 6 e 9), a que se soma o intervalo interquartil superior (entre 9 e 10) e neutra ou pouco definida do terceiro grupo da Indústria do Álcool (entre 3 e 7).

A distribuição das frequências relativas às respostas sobre a influência dos grupos de atores sociais refletem melhor a avaliação dos inquiridos, indicando que:

- Governo/Administração Pública - 92,4% dos inquiridos pontuou o grau de influência relativamente às medidas como de apoio moderado ou mais (6 a 10) e 73,6% como de apoio ou total apoio (8 a 10);
- ONGs - 84,5% dos inquiridos pontuou o grau de influência relativamente às medidas como de apoio moderado ou mais (6 a 10) e 53,8% como de apoio ou total apoio (8 a 10);
- Indústria do Álcool - 20,0% dos inquiridos pontuou o grau de influência relativamente às medidas como neutro (5) e 26,0% como de apoio moderado (6 a 7). Mas ainda existe 24% dos inquiridos que pontuou o grau de influência como de apoio ou total apoio (8-10). Esta distribuição indica que existe uma tendência de avaliação do posicionamento da Indústria do Álcool nesta área como apoiante (50,0% entre 6 e 10) mas sem uma definição clara dessa intensidade.

3.2. ESTRATÉGIAS DE EDUCAÇÃO E PERSUASÃO (INCLUI A EDUCAÇÃO, COMUNICAÇÃO, FORMAÇÃO E CONSCIENCIALIZAÇÃO PÚBLICA E A EMBALAGEM E ROTULAGEM DE PRODUTOS COM ÁLCOOL)

As medidas ligadas a “educação, comunicação, treino e consciencialização pública” são claramente de alocação de recursos em campanhas, programas e atividades. Existem intervenções que demonstram alguma evidência de efetividade, como os programas em meio escolar e as intervenções breves com estudantes em risco, mas nenhuma chega a reunir condições para ser recomendada como prioritária internacionalmente. Já as medidas relacionadas com “embalagem e rotulagem de produtos com álcool” são de cariz legislativo e normativo, mas podem ser introduzidas através de acordos e autorregulação com os produtores de bebidas alcoólicas. Não existem evidências de efetividade comprovadas de redução do consumo para a rotulagem com advertências e informações ou para restrições da forma e do conteúdo das mensagens e embalagens das bebidas alcoólicas, nomeadamente para proteger os jovens da exposição e atração pelos produtos. Todavia, essas medidas aumentam a conscientização do público e merecem atenção por serem promissoras em termos do impacto que possam causar. Nenhuma delas chega a reunir condições para ser recomendada como efetiva ou prioritária internacionalmente.

3.2.1. EDUCAÇÃO, COMUNICAÇÃO, TREINO E CONSCIENCIALIZAÇÃO PÚBLICA

3.2.1.1. Políticas Públicas do Álcool em geral (ver Anexo 7 – Tabela 6)

O índice criado para a categoria “educação, comunicação, treino e consciencialização pública”, com 6 variáveis (medidas) identificadas neste domínio, apresentou uma consistência interna “muito boa” (*Alfa de Cronbach* de 0,919 para o índice “impacto” e de 0,929 para o índice “importância”).

Os valores médios permitem pontuar e comparar a perceção dos inquiridos e, neste caso correspondem a uma avaliação positiva do impacto potencial e importância das medidas na redução dos danos causados pelo consumo de álcool, com valores entre 6 e 8.

A distribuição das frequências relativas às respostas da categoria refletem melhor a avaliação dos inquiridos, indicando que:

- 68,7% dos inquiridos pontuou o grau de impacto das medidas como moderadamente alto ou mais (6 a 10), sendo 48,2% entre 6 e 8 e, se considerarmos a pontuação moderada (5), este último valor sobe para 62,2% (entre 5 a 8), confirmando um grau de impacto das medidas que pode ser considerado como “moderadamente alto”.
- 76,2% dos inquiridos pontuou o grau de importância das medidas como moderadamente alto ou mais (6 a 10) e 52,1% como alto ou muito alto (8 a 10), confirmando um grau de importância das medidas que pode ser considerado como “muito alto”.

3.2.1.2. Planos Nacionais – Políticas Públicas do PACA e do PNRPLA

- PACA (ver Anexo 7 – Tabela 7)

As respostas múltiplas agregadas na categoria “Educação, comunicação, treino e consciencialização pública”, que reúne 2 variáveis (medidas políticas públicas), possuem uma consistência interna “muito boa” para os índices de “impacto”, “importância” e “boa” para o índice de “realização” (*Alfa de Cronbach* de 0,943; 0,955 e de 0,862 respetivamente).

No caso, os valores médios correspondem a uma avaliação menos positiva que nas “políticas do álcool em geral” quanto ao impacto das medidas, com valores entre 5 e 6, quando a primeira apresentava valores entre 6 e 7. Contudo, o grau de importância das medidas é considerado de forma similar ao das “políticas do álcool em geral”, com valores entre 7 e 8.

É possível que a perceção dos inquiridos em relação ao grau de realização das medidas, com uma média já ligeiramente abaixo de 5, tenha influenciado na prática a perceção do impacto que as medidas podem proporcionar no contexto português.

A distribuição das frequências relativas às respostas da categoria refletem melhor a avaliação dos inquiridos, indicando que:

- 62,0% dos inquiridos pontuou o grau de impacto das medidas como moderadamente alto ou mais (6 a 10) e 41,0% como moderadamente alto apenas (6 a 7). Acresce os 14,0% que pontuaram o grau de impacto como moderado, o que indica uma tendência de se situar o impacto entre moderado e moderadamente alto (5 a 7 = 55,0%);
- 83,2% dos inquiridos pontuou o grau de importância das medidas como moderadamente alto ou mais (6 a 10) e 55,8% como alto ou muito alto (8 a 10). Esses resultados parecem indicar que a importância dada às medidas de educação e persuasão

é maior que o impacto esperado da sua aplicação, o que pode ser explicado neste caso pela presença de outros valores para além do efeito ou da efetividade das medidas.

- Cerca de 39,0% dos inquiridos pontuou o grau de realização das medidas como moderadamente alto ou mais (6 a 10), assim como moderadamente baixo ou menos (0 a 4). É de referenciar a pontuação de grau de realização moderadamente alto (6 a 7), dada por cerca de 29,0% dos inquiridos, e moderadamente baixo, dada por 24,0% dos inquiridos, que somados a pontuação média (5), com 22,00% dos inquiridos, agrega 75,00% das respostas entre 3 e 7. Os resultados parecem demonstrar uma oscilação subjetivamente a volta de realização moderada das medidas.

- PNRPLA (ver Anexo 7 – Tabela 8)

As respostas múltiplas agregadas na categoria “Educação, comunicação, treino e consciencialização pública”, que reúne 12 variáveis (medidas políticas públicas), possuem uma consistência interna “muito boa” para os índices de “impacto”, “importância” e “realização” (*Alfa de Cronbach* de 0,969; 0,958 e 0,984 respetivamente).

No caso, os valores médios correspondem a o grau de impacto das medidas é mais positivo aqui, com valores acima de 7, que nas “políticas do álcool em geral”, que apresentava valores entre 6 e 7. De forma similar, mas menos pronunciada, o grau de importância dessas medidas aqui, com valores mais próximos de 8, é mais alto que o das “políticas do álcool em geral”, com valores mais próximos de 7. A perceção dos inquiridos em relação ao grau de realização das medidas, com uma média ligeiramente acima de 5, indicia que estas medidas não se desenvolveram plenamente no contexto português.

A distribuição das frequências relativas às respostas da categoria refletem melhor a avaliação dos inquiridos, indicando que:

- 79,4% dos inquiridos pontuou o grau de impacto das medidas como moderadamente alto ou mais (6 a 10) e 45,2% como alto ou muito alto (8 a 10), o que indica uma tendência de se situar o impacto como alto.

- 89,9% dos inquiridos pontuou o grau de importância das medidas como moderadamente alto ou mais (6 a 10) e 64,4% como alto ou muito alto (8 a 10).

Esses resultados parecem indicar um grau de importância muito alto dado a essas medidas, maior que o grau de impacto esperado da sua aplicação. Indicia no caso em questão a presença de outros valores para além do efeito ou da efetividade das medidas que sobrevalorizam a existência das medidas.

- Cerca de 67,3% dos inquiridos pontuou o grau de realização das medidas como de moderadamente baixo a moderadamente alto (3 a 7). A maior frequência de respostas encontra-se no grau de realização moderado (5) seguida do moderadamente alto (6 a 7). Os resultados parecem demonstrar uma oscilação subjetiva a volta de realização moderada das medidas, semelhante a do plano anterior (PACA).

3.2.1.3. Posicionamento dos atores sociais (ver Anexo 7 – Tabela 9)

Os valores médios encontrados correspondem a uma perceção dos inquiridos sobre a influência dos grupos de atores sociais do Governo/Administração Pública e das ONGs avaliada como de apoio, com valores muito próximos de 8 e como neutra da Indústria do Alcool, com valores a volta de 5.

Entretanto, as medianas mostram mesmo valores mais altos de apoio às medidas para os dois primeiros grupos (9 e 8 respetivamente) e corrige a posição do terceiro grupo de atores sociais para de um ligeiro apoio (6). O intervalo interquartil confirma uma maioria de respostas que consideram existir uma influência claramente de apoio às medidas por parte dos dois primeiros grupos (entre 6 e 10) e menos definida do terceiro grupo da

Indústria do Alcool (entre 4 e 8), que envolve avaliações de alguma oposição e de apoio simultaneamente.

A distribuição das frequências relativas às respostas sobre a influência dos grupos de atores sociais refletem melhor a avaliação dos inquiridos, indicando que:

- Governo/Administração Pública - 84,9% dos inquiridos pontuou o grau de influência relativamente às medidas como de apoio moderado ou mais (6 a 10) e 66,0% como de apoio ou total apoio (8 a 10);
- ONGs - 84,8% dos inquiridos pontuou o grau de influência relativamente às medidas como de apoio moderado ou mais (6 a 10) e 67,9% como de apoio ou total apoio (8 a 10);
- Indústria do Alcool - 15,7% dos inquiridos pontuou o grau de influência relativamente às medidas como neutro (5) e 51,0% como de apoio moderado ou mais (6 a 10). Mas ainda existe 33,3% dos inquiridos que pontuou o grau de influência como de apoio moderado ou apoio (7-8). Esta distribuição indica que existe uma tendência de avaliação o posicionamento da Indústria do Alcool nesta área como apoiante, apesar de menos incisivo que aquele prestado pelos demais grupos.

3.2.2. EMBALAGEM E ROTULAGEM DE PRODUTOS COM ÁLCOOL

3.2.2.1. Políticas Públicas do Alcool em geral (ver Anexo 7 – Tabela 10)

O índice criado para a categoria “embalagem e rotulagem de produtos com álcool”, com 4 variáveis (medidas) identificadas neste domínio, apresentou uma “boa” consistência interna (*Alfa de Cronbach* de 0,882 para a variável IMPACTO e de 0,889 para a variável IMPORTÂNCIA).

Os valores médios permitem pontuar e comparar a percepção dos inquiridos e, neste caso correspondem a uma avaliação positiva do impacto potencial e importância das medidas na redução dos danos causados pelo consumo de álcool, com valores entre 7 e 8.

A distribuição das frequências relativas às respostas da categoria refletem melhor a avaliação dos inquiridos, indicando que:

- 76,7% dos inquiridos pontuou o grau de impacto das medidas como moderadamente alto ou mais (6 a 10) e 46,4% como alto ou muito alto (8 a 10);
- 81,1% dos inquiridos pontuou o grau de importância das medidas como moderadamente alto ou mais (6 a 10) e 53,8% como alto ou muito alto (8 a 10);

Esses valores demonstram uma tendência da maioria dos inquiridos considerar o grau de impacto e importância dessas medidas como alto ou muito alto, apesar da falta de evidência que comprove tal percepção de efetividade e impacto. Em parte, pode-se atribuir essa valoração ao credível aumento da proteção da saúde, informação e concretização dos potenciais consumidores.

3.2.2.2. Planos Nacionais – Políticas Públicas do PACA e do PNRPLA

- PACA (ver Anexo 7 – Tabela 11)

É mencionada uma única medida nesta categoria do PACA, que diz respeito a rotulagem, alertando para os perigos para a saúde associados ao consumo. A medida possui uma vertente legislativa e normativa, referenciada como sem evidências de efetividade, sem recomendações para a sua aplicação, mas bem vista pelos especialistas da Saúde Pública.

As respostas dos inquiridos sobre essa medida apresentam uma média mais baixa que o das "políticas públicas em geral" (entre 7 e 8), seja em relação ao impacto, situando-se a 5 e 6, seja em relação a importância, situando-se entre 6 e 7.

As medianas confirmam essa posição central correspondente a um impacto e uma importância moderadamente altos (6 e 7 respetivamente). O intervalo interquartil demonstra uma tendência pouco clara, com grande dispersão, abrangendo as classificações de um impacto moderadamente baixo até alto (3,25 a 8) e a importância da medida entre moderado e alto (entre 5 e 9).

A realização apresenta uma média próxima de 4. A mediana dessa variável se situa no meio da escala (5) mas o intervalo interquartil apresenta uma grande dispersão. Contudo, indicia uma realização baixa da medida.

A distribuição das frequências das respostas relativas à medida refletem melhor a avaliação dos inquiridos, indicando que:

- 55,8% dos inquiridos pontuou o grau de impacto da medida como moderadamente alto ou mais (6 a 10) e 15,4% como moderado (5). 38,5% pontuou o grau de impacto da medida entre moderado a moderadamente alto (5 a 7).

- 73,1% dos inquiridos pontuou o grau de importância das medidas como alto ou mais (6 a 10) e 48,1% como alto ou muito alto (8 a 10).

- Existe uma disparidade grande de opiniões sobre a realização da medida. 49,2% dos inquiridos pontuou o grau de realização das medidas como moderadamente baixo ou menos (0 a 4) e 11,8% como moderado (5), reunindo 61,0% dos inquiridos. É de referenciar a pontuação de grau de realização como nenhum (0), com 23,5%, a percentagem mais alta de toda da escala. 31,4% pontuou o grau de realização entre moderado e moderadamente alto (5 e 7). Esses resultados indicam a percepção de uma baixa realização e uma dispersão a volta dessa pontuação pode representar alguma falta de concretização objetiva na embalagem e rotulagem de bebidas. Apenas se tem referências sobre as tentativas de eliminação acordada das bebidas identificadas como *alcopops*, no início dos anos 2000, e da adoção voluntária de algumas marcas do símbolo de interdição a gravadas no decorrer da década de 2000.

- PNRPLA

Nenhuma medida específica nesta categoria foi identificada no PNRPLA. Toda a estratégia foi deixada a cargo da autorregulação da Indústria do Alcool.

3.2.2.3. Posicionamento dos atores sociais (ver Anexo 7 – Tabela 12)

Os valores médios encontrados correspondem a uma percepção dos inquiridos sobre a influência dos grupos de atores sociais do Governo/Administração Pública e das ONGs avaliada como de apoio, com valores entre 7 e 8 e como neutra da Indústria do Alcool, com valores entre 5 e 6.

Entretanto, as medianas mostram mesmo valores mais altos de apoio às medidas para os dois primeiros grupos (8) e corrige a posição do terceiro grupo de atores sociais para de um ligeiro apoio (6). O intervalo interquartil confirma uma maioria de respostas que consideram existir uma influência claramente de apoio às medidas por parte dos dois primeiros grupos (entre 6 e 10) e menos definida do terceiro grupo da Indústria do Alcool (entre 3 e 9), que envolve avaliações de rejeição e apoio simultaneamente.

A distribuição das frequências relativas às respostas sobre a influência dos grupos de atores sociais refletem melhor a avaliação dos inquiridos, indicando que:

- Governo/Administração Pública - 77,4% dos inquiridos pontuou o grau de influência relativamente às medidas como de apoio moderado ou mais (6 a 10) e 62,3% como de apoio ou total apoio (8 a 10);
- ONGs - 78,8% dos inquiridos pontuou o grau de influência relativamente às medidas como de apoio moderado ou mais (6 a 10) e 61,5% como de apoio ou total apoio (8 a 10);
- Indústria do Alcool – 56,9% dos inquiridos pontuou o grau de influência relativamente às medidas como de apoio moderado ou mais (6 a 10). Mas ainda existe 35,3% dos inquiridos que pontuou o grau de influência como de apoio ou total apoio (8-10). Esta distribuição indica que existe uma tendência de avaliação o posicionamento da Indústria do Alcool nesta área como apoiante, apesar de bem menos incisiva que aquele prestado pelos demais grupos. A percentagem mais alta de avaliações muito ou totalmente apoiantes podem ser referentes às iniciativas de autorregulação da Indústria do Alcool.

3.3. PREÇOS E TAXAS COM VISTA A REDUZIR OS DANOS CAUSADOS PELO ÁLCOOL

As medidas relacionadas com “preços e taxas” são eminentemente de regulação e envolvem ações legislativas. Existem fortes evidências científicas de efetividade comprovada de redução do consumo e dos danos associados para a introdução de taxas que aumentem os preços ou definam preços mínimos, e evidência relevante para a introdução de preços diferenciados para bebidas com diferentes teores alcoólicos. A introdução de taxas e aumento dos preços são amplamente recomendadas como custo-efetivas e boas práticas de Saúde Pública, permitindo inclusive um efeito mais pronunciado nos grupos desfavorecidos e vulneráveis, atuando assim a nível das desigualdades de saúde.

3.3.1. Políticas Públicas do Alcool em geral (ver Anexo 7 – Tabela 13)

O índice criado para a categoria “embalagem e rotulagem de produtos com álcool”, com 4 variáveis (medidas) identificadas neste domínio, apresentou uma “boa” consistência interna (*Alfa de Cronbach* de 0,873 para a variável “impacto” e de 0,899 para a variável “importância”).

Os valores médios permitem pontuar e comparar a percepção dos inquiridos e, neste caso correspondem a uma avaliação positiva, mas pouco pronunciada, do impacto potencial e importância das medidas na redução dos danos causados pelo consumo de álcool, com valores entre 6 e 7.

A distribuição das frequências relativas às respostas da categoria refletem melhor a avaliação dos inquiridos, indicando que:

- 72,6% dos inquiridos pontuou o grau de impacto das medidas como moderadamente alto ou mais (6 a 10) e 46,6% como alto ou muito alto (8 a 10);
- 74,1% dos inquiridos pontuou o grau de importância das medidas como moderadamente alto ou mais (6 a 10) e 45,8% como alto ou muito alto (8 a 10);

Esses valores demonstram uma tendência da grande maioria dos inquiridos considerar o grau de impacto e importância dessas medidas como “alto”, e uma percentagem quase maioritária dos que consideram “muito alto”.

A forte evidência científica que comprova a efetividade das medidas permitiria entretanto uma maior unanimidade, sobre o grande impacto e importância das medidas. Todavia estas são algumas das medidas mais combatidas pela Indústria do Alcool, com argumentos que podem estimular o contrabando e a produção ilegal, entre outros, já que intervém apenas a nível da oferta e não da procura.

3.3.2. Planos Nacionais – Políticas Públicas do PACA e do PNRPLA

- PACA (ver Anexo 7 – Tabela 14)

As respostas múltiplas agregadas na categoria “Preços e taxas com vista reduzir os danos causados pelo álcool”, que reúne 3 variáveis (medidas políticas públicas), possuem uma consistência interna “boa” para os índices de “impacto”, “importância” e “muito boa” para o índice de “realização”.

No caso, os valores médios correspondem a uma avaliação menos positiva ainda que nas “políticas públicas em geral” no que respeita ao impacto das medidas, com um valor entre 5 e 6, quando a primeira apresentava valores próximos de 7. Contudo, quanto ao grau de importância das medidas, o valor médio apresenta-se bem mais elevado, com valores acima de 8, quando para as “políticas públicas em geral” os valores eram próximos de 7.

O grau de realização dessas medidas do PACA apresenta um resultado abaixo do meio da escala (5), o que pode representar alguma ausência ou falta de desenvolvimento dessas políticas públicas.

A distribuição das frequências relativas às respostas da categoria refletem melhor a avaliação dos inquiridos, indicando que:

- 63,4% dos inquiridos pontuou o grau de impacto das medidas como moderadamente alto ou mais (6 a 10) e 32,7% como moderadamente alto (6 a 7). Os inquiridos que pontuaram um grau de impacto moderado (5), apresentam já valores menores, de 8,5% e aqueles que pontuaram como moderadamente baixo ou menos (0 a 4) atingem apenas 28%. Assim, tem-se a percepção do grau de impacto das medidas mais concentrado no moderadamente alto.

- 79,8% dos inquiridos pontuou o grau de importância das medidas como moderadamente alto ou mais (6 a 10) e 51,7% como alto ou muito alto (8 a 10), que reflete a avaliação da maioria dos inquiridos.

- Cerca de 49,9% dos inquiridos pontuou o grau de realização das medidas como moderadamente baixo ou menos (0 a 4) e é de referenciar a pontuação dada por cerca de 20,8% dos inquiridos de nenhum (0) grau de realização das medidas. A posição moderada (5) foi pontuada por cerca de 11,8% dos inquiridos. Os resultados parecem refletir uma percepção do grau de realização das medidas muito pouco consistente, com uma tendência a avalia-lo como nenhum ou baixo grau de realização, o que pode refletir a ausência de concretização de medidas neste período. Todavia a percepção demonstrada ainda apresenta-se difusa diante dessa realidade.

- PNRPLA

Nenhuma medida específica nesta categoria foi identificada no PNRPLA. Toda a estratégia nesta área foi adiada para um momento ócio-económico e político posterior mais propício.

3.3.3. Posicionamento dos atores sociais (ver Anexo 7 – Tabela 15)

Os valores médios encontrados correspondem a uma percepção dos inquiridos sobre a influência dos grupos de atores sociais do Governo/Administração Pública e das ONGs avaliada como de apoio, sendo mais elevado no primeiro grupo com um valor próximo de 8 (alto) e menos elevado no segundo grupo com um valor entre 6 e 7. Os mesmos valores indiciam uma posição de rejeição atribuída ao grupo da Indústria do Alcool, com valores entre 3 e 4.

As medianas refletem as mesmas perceções sobre o posicionamento dos grupos de atores sociais, com valores referentes a um apoio às medidas para os dois primeiros grupos (8 e 7 respetivamente) e confirmação de uma posição de rejeição do terceiro grupo (3) de atores sociais. O intervalo interquartil confirma uma grande maioria de respostas que avaliam como apoiante das medidas a posição do primeiro grupo (acima de 6). Segue-se o segundo grupo com uma ainda maioria de respostas que confirmam uma posição apoiante (5 ou acima), apesar de incluir uma parte de pontuações neutras (5). O terceiro grupo da Indústria do Álcool apresenta uma grande variação interquartil que reflete uma dispersão das respostas (entre 1 e 7).

A distribuição das frequências relativas às respostas sobre a influência dos grupos de atores sociais refletem melhor a avaliação dos inquiridos, indicando que:

- Governo/Administração Pública - 81,1% dos inquiridos pontuou o grau de influência relativamente às medidas como de apoio moderado ou mais (6 a 10) e 64,2% como de apoio ou total apoio (8 a 10);
- ONGs - 63,5% dos inquiridos pontuou o grau de influência relativamente às medidas como de apoio moderado ou mais (6 a 10) e 36,6% como de apoio ou total apoio (8 a 10). Destaca-se também a pontuação do grau de influência moderado (5) com 23,1%;
- Indústria do Álcool – 60,6% dos inquiridos pontuou o grau de influência relativamente às medidas como de oposição moderada ou menos (0 a 4) e 45,0% dos inquiridos que pontuou o grau de influência como de oposição ou total oposição (0 a 2). Existe assim uma tendência maioritária de avaliação do posicionamento da Indústria do Álcool nesta área como de oposição consistente às medidas.

3.4. REGULAÇÃO DO ACESSO FÍSICO AO ÁLCOOL (INCLUI AS RESTRIÇÕES À DISPONIBILIDADE DE ÁLCOOL E A VENDA A MENORES)

As medidas de restrições à disponibilidade de álcool e a venda a menores são essencialmente de regulação e se baseiam em legislação e na sua aplicação. As mais efetivas dizem respeito a proibições de venda em geral, controlo estatal do mercado, definição de idade mínima para venda e outras restrições de densidade e períodos de funcionamento dos estabelecimentos. As recomendações identificadas como efetivas referem-se a proibições e restrições de venda em locais e horários definidos e a menores de idade e outros grupos vulneráveis.

3.4.1. RESTRIÇÕES À DISPONIBILIDADE DE ÁLCOOL

3.4.1.1. Políticas Públicas do Álcool em geral (ver Anexo 7 – Tabela 16)

É mencionada uma única medida nesta categoria que diz respeito a “avaliações de impacto para a saúde e o ambiente social para a abertura de novos estabelecimentos de venda de bebidas alcoólicas ou alteração de existentes”, mas na verdade ela engloba e é representativa das diversas medidas específicas que normalmente são identificadas.

No caso, os valores médios correspondem a uma avaliação relativamente positiva quanto ao grau de impacto e de importância das medidas, com valores entre 6 e 7, sendo menos elevado que as outras categorias de políticas públicas do álcool.

As medianas confirmam essa posição correspondendo a um grau de impacto e de importância moderadamente altos (7) e o intervalo interquartil demonstra uma tendência central da maioria das respostas situar o grau de impacto e de importância da medida entre um grau moderado e alto (5 a 9) ou acima desse (9 a 10) no quartil superior.

Todavia, a distribuição das frequências das respostas relativas à medida refletem melhor a avaliação dos inquiridos, indicando que ainda existe uma consistente avaliação positiva da medida:

- 70,9% dos inquiridos pontuou o grau de impacto da medida como moderadamente alto ou mais (6 a 10) e concentrando 43,6% das respostas como um grau de impacto alto ou muito alto (8 a 10).
- 71,3% dos inquiridos pontuou o grau de importância das medidas como moderadamente alto ou mais (6 a 10) e concentrando 48,2% das respostas como um grau de importância alto ou muito alto (entre 8 a 10).

3.4.1.2. Planos Nacionais – Políticas Públicas do PACA e do PNRPLA

- PACA (ver Anexo 7 – Tabela 17.)

As respostas múltiplas agregadas na categoria “Restrições à disponibilidade de álcool”, que reúne 3 variáveis (medidas políticas públicas), possuem uma consistência interna “boa” para os índices de “impacto” e “importância” e razoável para o índice de “realização”.

No caso, os valores médios correspondem a uma avaliação positiva quanto ao impacto das medidas, com valores entre 6 e 7, semelhante a das “políticas do álcool em geral”. Contudo, o grau de importância das medidas apresenta um valor próximo de 8, sendo superior ao das “políticas do álcool em geral”, que era próximo de 7 apenas.

O valor médio do grau de realização dessas medidas apresenta um resultado que pode ser considerado muito próximo do meio da escala (5), mas o resultado pode representar diferentes distribuições de pontuações que podem identificar melhor as tendências.

A distribuição das frequências relativas às respostas da categoria refletem melhor a avaliação dos inquiridos, indicando que:

- 72,7% dos inquiridos pontuou o grau de impacto das medidas como moderadamente alto ou mais (6 a 10) e 44,0% como alto ou muito alto (8 a 10);
- 83,7% dos inquiridos pontuou o grau de importância das medidas como moderadamente alto ou mais (6 a 10) e 66,7% como alto ou muito alto (8 a 10);
- Cerca de 55,7% dos inquiridos pontuou o grau de realização das medidas como moderadamente alto ou mais (6 a 10). A posição moderada (5) foi pontuada por cerca de 10,2% dos inquiridos. Os resultados indicam que existe uma percepção da maioria dos inquiridos sobre um grau de realização das medidas entre o moderadamente alto e o alto, com percentagens mais significativas entre a pontuação de 7 e 9.

- PNRPLA

Nenhuma medida específica nesta categoria foi identificada no PNRPLA. Toda a estratégia nesta área foi adiada para um momento posterior mais propício, tendo ocorrido alterações legislativas nesta área apenas a partir de 2013.

3.4.1.3. Posicionamento dos atores sociais (ver Anexo 7 – Tabela 18)

Os valores médios encontrados correspondem a uma percepção dos inquiridos sobre a influência dos grupos de atores sociais do Governo/Administração Pública e das ONGs avaliada como de apoio, sendo mais elevado no primeiro grupo com um valor entre 7 e 8 e menos elevado no segundo grupo com um valor entre 6 e 7. O valor médio atribuído ao grupo da Indústria do Alcool indicia uma posição já de rejeição, com valores próximos de 4.

As medianas confirmam essas tendências sobre o posicionamento dos grupos de atores sociais. O primeiro grupo apresenta um valor de mediana maior que a média (9), característico de um apoio alto às medidas, enquanto o segundo grupo das ONGs apresenta um valor semelhante ao da média (7), considerado como moderadamente alto. A confirmação de uma posição de rejeição do terceiro grupo de atores sociais é reforçada através do valor da mediana (4). O intervalo interquartil e o quartil superior confirmam uma grande maioria de respostas que avaliam como apoiante das medidas a posição do primeiro grupo (6 ou mais). Segue-se o segundo grupo com uma ainda maioria de respostas que confirmam uma posição apoiante (5 ou mais), apesar de incluir uma parte de pontuações neutras (5). O terceiro grupo da Indústria do Alcool apresenta uma variação interquartil grande que reflete uma dispersão das respostas (entre 2 e 7).

A distribuição das frequências relativas às respostas sobre a influência dos grupos de atores sociais refletem melhor a avaliação dos inquiridos, indicando que:

- Governo/Administração Pública - 85,0% dos inquiridos pontuou o grau de influência relativamente às medidas como de apoio moderado ou mais (6 a 10) e 56,7% como de apoio ou total apoio (8 a 10), destacando-se a percentagem de 32,2% que posicionou o apoio desse grupo como total (10);
- ONGs - 73,1% dos inquiridos pontuou o grau de influência relativamente às medidas como de apoio moderado ou mais (6 a 10), 48,1% como de apoio ou total apoio (8 a 10), mas ainda existe uma percentagem de 15,4% de respostas que situam a posição desse grupo como neutra (5);
- Indústria do Alcool – 56,8% dos inquiridos pontuou o grau de influência relativamente às medidas como de oposição moderada ou menos (0 a 4), 39,2% dos inquiridos que pontuou o grau de influência como de oposição ou total oposição (0 a 2) mas ainda existe uma percentagem de 13,7% de respostas que situam a posição desse grupo como neutra (5). Existe assim uma tendência maioritária de avaliação do posicionamento da Indústria do Alcool nesta área como de alguma oposição às medidas.

3.4.2. VENDA A MENORES

3.4.2.1. Políticas Públicas do Alcool em geral (ver Anexo 7 – Tabela 19)

O índice criado para a categoria “venda a menores”, com 2 variáveis (medidas) identificadas neste domínio, apresentou uma “muito boa” consistência interna para índice impacto (*Alfa de Cronbach* de 0,919) e “boa” para o índice “importância” (*Alfa de Cronbach* de 0,929).

Os valores médios permitem pontuar e comparar a percepção dos inquiridos e, neste caso correspondem a uma avaliação bastante positiva do grau de impacto potencial e de importância das medidas na redução dos danos causados pelo consumo de álcool, com valores altos (entre 8 e 9).

A distribuição das frequências relativas às respostas da categoria refletem melhor a avaliação dos inquiridos, indicando que:

- 91,2% dos inquiridos pontuou o grau de impacto das medidas como moderadamente alto ou mais (6 a 10) e 76,9% como alto ou muito alto (8 a 10) - 42,9% pontuou como muito alto (10) - confirmando um grau de impacto das medidas que pode ser considerado como “muito alto”.
- 93,6% dos inquiridos pontuou o grau de importância das medidas como moderadamente alto ou mais (6 a 10) e 85,2% como alto ou muito alto (8 a 10) - 57,4%

pontuou como muito alto (10) - confirmando um grau de impacto das medidas que pode ser considerado pela maioria dos inquiridos como “muito alto”.

Esses valores demonstram uma tendência da maioria dos inquiridos considerar o grau de impacto e principalmente de importância dessas medidas como “muito alto”, tendo as evidências científicas sobre os níveis de consumo na adolescência em Portugal e as consequências do consumo precoce de álcool em geral um papel essencial para reforçar essa percepção.

3.4.2.2. Planos Nacionais – Políticas Públicas do PACA e do PNRPLA

- PACA (ver Anexo 7 – Tabela 20)

As respostas múltiplas agregadas na categoria “venda a menores”, que reúne 2 variáveis (medidas políticas públicas), possuem uma consistência interna “muito boa” para os índices de “impacto”, “importância” e “realização” (*Alfa de Cronbach* de 0,952; 0,959 e de 0,906 respetivamente).

No caso, os valores médios correspondem a uma avaliação menos positiva que nas políticas em geral quanto ao impacto das medidas, com valores entre 7 e 8, quando a primeira apresentava valores entre 8 e 9. Contudo, o grau de importância das medidas é considerado de forma similar ao das “políticas públicas em geral”, com valores entre 8 e 9.

O grau de realização dessas medidas do PACA apresenta um resultado abaixo do meio da escala (5), o que pode representar alguma ausência ou falta de desenvolvimento dessas políticas públicas.

A distribuição das frequências relativas às respostas da categoria refletem melhor a avaliação dos inquiridos, indicando que:

- 79,0% dos inquiridos pontuou o grau de impacto das medidas como moderadamente alto ou mais (6 a 10) e 57,0% como alto ou muito alto (8 a 10) - 26,0% pontuou como muito alto (10) - o que indica uma tendência da maioria dos inquiridos situar o impacto entre alto e muito alto;

- 90,8% dos inquiridos pontuou o grau de importância das medidas como moderadamente alto ou mais (6 a 10) e 74,5% como alto ou muito alto (8 a 10) – 54,1% pontuou como muito alto (10) - indiciando que a importância dada às medidas é ainda maior que o impacto esperado da sua aplicação, o que pode representar a presença de outros valores para além do efeito ou da efetividade das medidas.

- 51,0% dos inquiridos pontuou o grau de realização das medidas moderadamente baixo ou menos (0 a 4). É de referenciar a pontuação de grau de realização como nenhum (0), com 14,3%, e como muito alto (10), com 11,2%, valores mais representativos no contexto da distribuição percentual das respostas. Os resultados parecem demonstrar uma percepção da maioria dos inquiridos sobre realização baixa das medidas, mas sem uma tendência clara. Tal pode derivar do fato de se ter aprovado legislação que proibia a venda a menores de 16 anos, quando antes não existiam limites, e por um lado não se ter verificado uma efetiva fiscalização da legislação no decorrer dos anos que se seguiram.

- PNRPLA (ver Anexo 7 – Tabela 21.)

As respostas múltiplas agregadas na categoria “condução sob o efeito do álcool”, que reúne 3 variáveis (medidas políticas públicas), possuem uma consistência “boa” para os índices de “impacto”, “importância” e “realização”.

No caso, os valores médios correspondem a uma avaliação positiva do impacto potencial e da importância das medidas na redução dos danos causados pelo consumo de álcool,

com valores acima de 7 e de 9 respetivamente (alto), mas menores que os das “políticas do álcool em geral”.

O grau de realização dessas medidas do PNRPLA apresenta um resultado ligeiramente acima de 5, o que pode representar um parco desenvolvimento dessas políticas públicas.

A distribuição das frequências relativas às respostas da categoria refletem melhor a avaliação dos inquiridos, indicando que:

- 76,6% dos inquiridos pontuou o grau de impacto das medidas como moderadamente alto ou mais (6 a 10) e 50,6% como alto ou muito alto (8 a 10), tendo a pontuação máxima (10) correspondente a um grau de impacto muito alto alcançado 22,0% das respostas;

- 88,1% dos inquiridos pontuou o grau de importância das medidas como moderadamente alto ou mais (6 a 10), 72,7% como alto ou muito alto (8 a 10), tendo a pontuação máxima (10) correspondente a um grau de importância muito alto alcançado 42,0% das respostas;

- 44,9% dos inquiridos pontuou o grau de realização das medidas como moderadamente alto ou mais (6 a 10) e 37,4% considerou o grau de realização das medidas como moderadamente baixo ou menos (0 a 4). Considerando a pontuação entre 3 e 7 obtém-se um valor de 62,6% dos inquiridos, reforçando a percepção de uma posição a volta de um grau de realização moderado das medidas nesta categoria.

3.4.2.3. Posicionamento dos atores sociais (ver Anexo 7 – Tabela 22)

Os valores médios encontrados correspondem a uma percepção dos inquiridos sobre a influência dos grupos de atores sociais do Governo/Administração Pública e das ONGs avaliada como de apoio, com valores a volta de 8 e da Indústria do Álcool como entre neutra ou de apoio moderado, com valores entre 5 e 6.

As medianas mostram mesmo valores mais altos de apoio às medidas para os dois primeiros grupos (9) e confirmam a posição do terceiro grupo (6) como de apoio moderado às medidas.

O intervalo interquartil confirma que essa grande maioria de respostas que consideram existir uma influência apoiante das medidas por parte dos dois primeiros grupos (entre 7 e 10), a que se soma o intervalo interquartil superior (10). Entretanto a posição do terceiro grupo da Indústria do Álcool (entre 3 e 9) apresenta-se pouco definida, já que inclui posições opostas no intervalo.

A distribuição das frequências relativas às respostas sobre a influência dos grupos de atores sociais refletem melhor a avaliação dos inquiridos, indicando que:

- Governo/Administração Pública - 92,3% dos inquiridos pontuou o grau de influência relativamente às medidas como de apoio moderado ou mais (6 a 10), 71,6% como de apoio ou total apoio (8 a 10), com 37,7% das respostas concentradas na pontuação de apoio total (10);

- ONGs - 84,5% dos inquiridos pontuou o grau de influência relativamente às medidas como de apoio moderado ou mais (6 a 10) e 53,8% como de apoio ou total apoio (8 a 10), com 32,7% das respostas concentradas na pontuação de apoio total (10);

Esses valores demonstram uma tendência da grande maioria dos inquiridos considerar o grau de impacto e importância dessas medidas como “alto” ou “muito alto”, onde destaca-se as pontuações do grau de impacto e importância como muito alto (10).

- Indústria do Álcool - 54,9% dos inquiridos pontuou o grau de influência relativamente às medidas como de apoio moderado ou mais (6 a 10). A dispersão das respostas entretanto não permite uma definição clara do grau de apoio envolvido. As percentagens

mais altas (15,7%) são encontradas na pontuação 6 e na pontuação 10, demonstrando alguma discrepância na avaliação feita. Assim pode-se identificar o posicionamento da Indústria do Alcool nesta área como apoiante mas sem uma definição clara dessa intensidade.

3.5. REGULAÇÃO DO MARKETING E DA PROMOÇÃO DO ÁLCOOL (INCLUI PUBLICIDADE, PROMOÇÃO E PATROCÍNIO)

As medidas de “regulação do marketing e da promoção do álcool” se baseiam em legislação e na sua aplicação, mas podem ser fruto de autorregulação. As mais efetivas dizem respeito a restrições legais a exposição a publicidade, partindo do pressuposto que existe uma forte evidência de efeito dose-resposta da exposição a publicidade em jovens que consomem, mas efeitos pequenos ou insignificantes no consumo *per capita* para proibições parciais da publicidade. Em parte o efeito pretendido pode ser reduzido se as atividades de marketing se transferirem para áreas menos reguladas dos *media*. As melhores recomendações indicam como mais efetivas as proibições e restrições abrangentes de marketing que se encontram associadas a outras medidas restritivas do acesso e da disponibilidade ao álcool, nomeadamente quando todas essas restrições são devidamente implementadas e fiscalizadas.

3.5.1. Políticas Públicas do Alcool em geral (ver Anexo 7 – Tabela 23)

O índice criado para a categoria “publicidade, promoção e patrocínio”, com 6 variáveis (medidas) identificadas neste domínio, apresentou uma consistência interna “boa” (*Alfa de Cronbach* de 0,892 para o índice “impacto” e de 0,893 para o índice “importância”).

Os valores médios permitem pontuar e comparar a percepção dos inquiridos e, neste caso correspondem a uma avaliação positiva do impacto potencial e importância das medidas na redução dos danos causados pelo consumo de álcool, com valores acima de 6 para o grau de impacto e acima de 7 para o grau de importância.

A distribuição das frequências relativas às respostas da categoria refletem melhor a avaliação dos inquiridos, indicando que:

- 79,7% dos inquiridos pontuou o grau de impacto das medidas como moderadamente alto ou mais (6 a 10) e 52,1% como alto ou muito alto (8 a 10), que confirma a percepção maioritária deste grau de impacto mais elevado das medidas.
- 79,9% dos inquiridos pontuou o grau de importância das medidas como moderadamente alto ou mais (6 a 10), 58,6% como alto ou muito alto (8 a 10) e com 31,8% das respostas concentradas na pontuação muito alto (10), que confirma a percepção maioritária do grau de impacto alto a muito alto das medidas.

3.5.2. Planos Nacionais – Políticas Públicas do PACA e do PNRPLA

- PACA (ver Anexo 7 – Tabela 24)

As respostas múltiplas agregadas na categoria “publicidade, promoção e patrocínio”, que reúne 5 variáveis (medidas políticas públicas), possuem uma consistência interna “boa” para os índices de “impacto”, “importância” e “realização”.

No caso, os valores médios correspondem a uma avaliação quanto ao grau de impacto das medidas menos positiva que o das “políticas do álcool em geral”, com um valor próximo de 6, quando a primeira apresentava um valor acima de 7, e quanto ao grau de importância mais positiva que o das “políticas do álcool em geral”, com um valor acima de 7, quando a primeira apresentava apenas um valor acima de 6.

O grau de realização dessas medidas do PACA apresenta um resultado que pode ser considerado abaixo do meio da escala (5), mas este resultado pode indiciar diferentes distribuições de pontuações.

A distribuição das frequências relativas às respostas da categoria refletem melhor a avaliação dos inquiridos, indicando que:

- 62,4% dos inquiridos pontuou o grau de impacto das medidas como moderadamente alto ou mais (6 a 10) e 38,0% como alto ou muito alto (8 a 10);

- 78,4% dos inquiridos pontuou o grau de importância das medidas como moderadamente alto ou mais (6 a 10) e 57,6% como alto ou muito alto (8 a 10);

Esses resultados parecem indicar que a importância dada às medidas é maior que o impacto esperado da sua aplicação, o que pode ser explicado neste caso pelas dificuldades de implementação efetiva das medidas.

- Cerca de 51,8% dos inquiridos pontuou o grau de realização das medidas como moderadamente baixo ou menos (0 a 4) e 35,9% como baixo ou nenhum (0 a 2). É de referenciar a pontuação dada por cerca de 22,9% dos inquiridos de nenhum (0) grau de realização das medidas, ao contrário da distribuição mais homogênea ao longo de toda a escala. Os resultados parecem demonstrar uma falta inconsistência sobre a perceção de realização das medidas que pode ser explicada pela ausência de aplicação e cumprimento da legislação que foi criada neste período, caracterizada por inúmeros casos de desvios e má interpretação dos princípios legais que favoreceram a continuidade da publicidade, promoção e patrocínio desregulados.

- PNRPLA (ver Anexo 7 – Tabela 25)

É mencionada uma única medida nesta categoria do PNRPLA, que diz respeito autorregulação da publicidade. A medida possui uma vertente normativa, sem evidências científicas de efetividade e sem recomendações para a sua aplicação.

As respostas dos inquiridos sobre essa medida apresentam médias semelhantes as médias do PACA. Os valores médios correspondem a uma avaliação quanto ao grau de impacto das medidas menos positiva que o das “políticas do álcool em geral”, com um valor acima de 6, quando a primeira apresentava um valor acima de 7, e quanto ao grau de importância mais positiva que o das “políticas do álcool em geral”, com um valor acima de 7, quando a primeira apresentava apenas um valor acima de 6.

As medianas confirmam a posição correspondente a um grau de impacto moderadamente alto (7) e um grau de importância alto (8). O intervalo interquartil demonstra uma tendência de um grau de impacto (entre 5 e 8) e um grau de importância (entre 6 e 9) da medida entre moderadamente alto e alto.

A realização apresenta uma média próxima de 4. A mediana dessa variável se situa no meio da escala (5) mas o intervalo interquartil apresenta uma dispersão a volta dessa pontuação central, indiciando uma realização moderada.

A distribuição das frequências das respostas relativas à medida refletem melhor a avaliação dos inquiridos, indicando que:

- 67,2% dos inquiridos pontuou o grau de impacto da medida como moderadamente alto ou mais (6 a 10) e 38,7% como alto ou muito alto (8 a 10). Todavia, considerando o grau de impacto moderado (5) de 16,3%, encontra-se uma maior concentração de respostas entre o grau moderado e moderadamente alto (5 a 7), com 44,0%.

- 77,5% dos inquiridos pontuou o grau de importância das medidas como alto ou mais (6 a 10) e 53,1% como alto ou muito alto (8 a 10).

Esses valores demonstram uma tendência da maioria dos inquiridos considerar o grau de impacto dessas medidas como moderadamente alto ou alto ou e no caso o grau de importância como muito alto.

- Existe uma disparidade grande de opiniões sobre a realização da medida. 45,9% dos inquiridos pontuou o grau de realização das medidas como moderadamente alto ou mais (6 a 10). Contudo, 52,1% pontuou o grau de realização entre moderado e alto (entre 5 e 8). Esses resultados indicam uma dispersão a volta de um grau de realização moderadamente alto que pode representar a falta de uma concretização efetiva das medidas de autorregulação que não correspondem às expectativas reais de restrições da publicidade.

3.5.3. Posicionamento dos atores sociais (ver Anexo 7 – Tabela 26)

Os valores médios encontrados correspondem a uma percepção dos inquiridos sobre a influência dos grupos de atores sociais do Governo/Administração Pública e das ONGs avaliada como de apoio, com valores entre 7 e 8 e como neutra da Indústria do Alcool, com valores pouco acima de 5.

As medianas mostram mesmo valores mais altos de apoio às medidas para os dois primeiros grupos (8) e confirma a posição do terceiro grupo de atores sociais de neutralidade (5). O intervalo interquartil confirma uma maioria de respostas que consideram existir uma influência claramente de apoio às medidas por parte dos dois primeiros grupos (entre 7 a 10 para o primeiro 6 e 10 para o segundo) e indefinida do terceiro grupo da Indústria do Alcool (entre 2 e 8), que envolve avaliações de rejeição e apoio simultaneamente num intervalo interquartil muito disperso.

A distribuição das frequências relativas às respostas sobre a influência dos grupos de atores sociais refletem melhor a avaliação dos inquiridos, indicando que:

- Governo/Administração Pública - 92,5% dos inquiridos pontuou o grau de influência relativamente às medidas como de apoio moderado ou mais (6 a 10) e 62,3% como de apoio ou total apoio (8 a 10);
- ONGs - 78,8% dos inquiridos pontuou o grau de influência relativamente às medidas como de apoio moderado ou mais (6 a 10) e 59,6% como de apoio ou total apoio (8 a 10);
- Indústria do Alcool – 45,2% dos inquiridos pontuou o grau de influência relativamente às medidas como de apoio moderado ou mais (6 a 10) e 45,1% pontuou como de oposição moderada ou menos, criando uma dispersão da pontuação ao longo de toda a escala. Esta distribuição indica que não existe uma tendência de avaliação sobre o posicionamento da Indústria do Alcool nesta área, meso havendo uma maior concertação da pontuação entre 4 e 6 com 37,3%, correspondendo a uma posição neutra da Indústria do discute a realização de medidas autorregulatórias.

3.6. MODIFICAÇÃO DE CONTEXTOS DE CONSUMO DE ÁLCOOL (INCLUI REDUÇÃO DE DANOS NO CONSUMO DE ÁLCOOL E NOS AMBIENTES ENVOLVENTES)

As medidas de “modificação de contextos de consumo de álcool” se baseiam em normas e procedimentos adotados pelos responsáveis pelos ambientes de consumo de álcool, fruto de treino, autorregulação e/ou a aplicação de normas e reforço da legislação. As medidas que apresentam alguma efetividade dizem respeito a treino de trabalhadores para lidar com situações de violência e com limites a venda, responsabilidade legal reforçada dos que vendem álcool. Mas a medida mais efetiva e recomendada se prende

a fiscalização reforçada das leis e requisitos legais nos pontos de venda, como prática contínua das autoridades.

3.6.1. Políticas Públicas do Álcool em geral (ver Anexo 7 – Tabela 27)

O índice criado para a categoria “redução de danos no consumo de álcool e nos ambientes envolventes”, com 4 variáveis (medidas) identificadas neste domínio, apresentou uma “boa” consistência interna (*Alfa de Cronbach* de 0,861 para a variável IMPACTO e de 0,854 para a variável IMPORTÂNCIA).

Os valores médios permitem pontuar e comparar a percepção dos inquiridos e, neste caso correspondem a uma avaliação positiva do impacto potencial e importância das medidas na redução dos danos causados pelo consumo de álcool, com valores entre 7 e 8 para o grau de impacto e entre 8 e 9 para o grau de importância.

A distribuição das frequências relativas às respostas da categoria refletem melhor a avaliação dos inquiridos, indicando que:

- 84,4% dos inquiridos pontuou o grau de impacto das medidas como moderadamente alto ou mais (6 a 10) e 60,3% como alto ou muito alto (8 a 10);
- 86,9% dos inquiridos pontuou o grau de importância das medidas como moderadamente alto ou mais (6 a 10) e 69,2% como alto ou muito alto (8 a 10);

Esses valores demonstram uma tendência da maioria dos inquiridos considerar o grau de impacto e importância dessas medidas como alto ou muito alto, apesar da evidência de efetividade e impacto limitada por condicionantes externas. Talvez por isso é mais valorada a importância que o impacto das medidas.

3.6.2. Planos Nacionais – Políticas Públicas do PACA e do PNRPLA

- PACA (ver Anexo 7 – Tabela 28)

As respostas múltiplas agregadas na categoria “redução de danos no consumo de álcool e nos ambientes envolventes”, que reúne 6 variáveis (medidas políticas públicas), possuem uma consistência interna “muito boa” para os índices de “impacto” e “realização” (*Alfa de Cronbach* de 0,921 e de 0,910 respetivamente) e “boa” para o índice de “importância” (*Alfa de Cronbach* de 0,897).

No caso, os valores médios correspondem a uma avaliação menos positiva quanto ao impacto das medidas, com valores entre 6 e 7, que nas “políticas do álcool em geral”, que apresentou valores entre 7 e 8. Contudo, o grau de importância das medidas é considerado mais positivamente, com valores próximos de 9, que ao das “políticas do álcool em geral”, com valores acima mas próximos de 8.

É possível que a percepção dos inquiridos em relação ao grau de realização das medidas, com uma média um pouco acima de 5, tenha influenciado na prática a percepção do impacto que essas medidas podem proporcionar no contexto português, deixando assim o grau de importância com a maior pontuação média.

A distribuição das frequências relativas às respostas da categoria refletem melhor a avaliação dos inquiridos, indicando que:

- 70,7% dos inquiridos pontuou o grau de impacto das medidas como moderadamente alto ou mais (6 a 10) e 46,7% como alto ou muito alto (8 a 10);
- 87,5% dos inquiridos pontuou o grau de importância das medidas como moderadamente alto ou mais (6 a 10) e 64,0% como alto ou muito alto (8 a 10), destacando-se a percentagem de 37,1% que posicionou o grau de importância como muito alto (10);

Esses resultados refletem que a maioria dos inquiridos define um grau de impacto entre moderadamente alto e alto e um grau de importância entre alto e muito alto, o que parece indicar que a importância dada às medidas é maior que o impacto esperado da sua aplicação.

- Cerca de 53,0% dos inquiridos pontuou o grau de realização das medidas como moderadamente alto ou mais (6 a 10) e 33,3% como alto ou muito alto (8 a 10).

Os resultados parecem demonstrar um grau de realização alto das medidas, refletindo a criação de legislação específica no início dos anos 2000 e efetiva implementação das medidas mais visíveis.

- PNRPLA (ver Anexo 7 – Tabela 29)

As respostas múltiplas agregadas na categoria “redução de danos no consumo de álcool e nos ambientes envolventes”, que reúne 4 variáveis (medidas políticas públicas), possuem uma consistência interna “muito boa” para os índices de “impacto”, “importância” e “realização” (*Alfa de Cronbach* de 0,908; 0,937 e 0,949 respetivamente).

No caso, os valores médios correspondem a uma avaliação menos positiva quanto ao grau de impacto e de importância das medidas. Enquanto o grau de impacto apresenta valores entre 6 e 7, e o grau de importância apresenta valores entre 7 e 8, nas “políticas do álcool em geral” esses valores se apresentam entre 7 e 8 para o grau de impacto acima de 8 para o grau de importância.

A perceção dos inquiridos em relação ao grau de realização das medidas, com uma média ligeiramente acima de 5, reforça a perceção de que estas medidas não se desenvolvem plenamente no contexto português.

A distribuição das frequências relativas às respostas da categoria refletem melhor a avaliação dos inquiridos, indicando que:

- 75,0% dos inquiridos pontuou o grau de impacto das medidas como moderadamente alto ou mais (6 a 10), concentrando 51,0% na pontuação entre 6 a 8, o que pode corresponder a um grau de impacto moderadamente alto ou alto;

- 85,0% dos inquiridos pontuou o grau de importância das medidas como moderadamente alto ou mais (6 a 10) e 65,0% distribui a pontuação entre 8 a 10, o que corresponde a maioria dos inquiridos situar o grau de impacto como alto ou muito alto;

Esses resultados parecem indicar um grau de importância mais alto dado a essas medidas, maior que o grau de impacto esperado da sua aplicação, provavelmente dirigido às intervenções em meio laboral, alvo principal das medidas aqui identificadas.

- Cerca de 55,3% dos inquiridos pontuou o grau de realização das medidas como de moderadamente baixo a moderadamente alto (3 a 7). A maior frequência se localiza mesmo no valor moderado (5), com 16,0%. Os resultados parecem demonstrar uma oscilação subjetiva a volta de um grau de realização moderado das medidas.

3.6.3. Posicionamento dos atores sociais (ver Anexo 7 – Tabela 30)

Os valores médios encontrados correspondem a uma perceção dos inquiridos sobre a influência dos grupos de atores sociais do Governo/Administração Pública e das ONGs avaliada como de apoio, com valores acima de 8 para o primeiro grupo e entre 7 e 8 para o segundo grupo, e como neutra da Indústria do Alcool, com valores pouco acima de 5.

Entretanto, as medianas identificam os valores mais altos de apoio às medidas tanto para o primeiro como para o segundo grupo (9 e 8 respetivamente) e confirma a posição do terceiro grupo com neutra (5). O intervalo interquartil confirma uma maioria de respostas que consideram existir uma influência claramente de apoio às medidas por parte dos dois

primeiros grupos (entre 6 e 10) e pouco definida do terceiro grupo da Indústria do Álcool (entre 3 e 7), envolvendo avaliações de oposição e de apoio simultaneamente.

A distribuição das frequências relativas às respostas sobre a influência dos grupos de atores sociais refletem melhor a avaliação dos inquiridos, indicando que:

- Governo/Administração Pública - 88,6% dos inquiridos pontuou o grau de influência relativamente às medidas como de apoio moderado ou mais (6 a 10), 64,1% como de apoio ou total apoio (8 a 10), sendo 41,5% de total apoio (10);
- ONGs - 80,8% dos inquiridos pontuou o grau de influência relativamente às medidas como de apoio moderado ou mais (6 a 10) e 65,4% como de apoio ou total apoio (8 a 10);
- Indústria do Álcool – 21,6% dos inquiridos pontuou o grau de influência relativamente às medidas como neutro (5), mas a restante pontuação se encontra dispersa na escala e sem tendências claras de posicionamento da Indústria do Álcool em relação às medidas. Como a maior parte das medidas se direciona ao meio laboral, é possível que a Indústria seja indiferente, mesmo tendo participado no desenvolvimento das medidas com vista a proteger os seus interesses.

3.7. INTERVENÇÕES PRECOSES E TRATAMENTO (INCLUI AS INTERVENÇÕES NO CONSUMO DE RISCO E NOCIVO DE ÁLCOOL E DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL E AS INTERVENÇÕES E ASSISTÊNCIA AOS FAMILIARES DE PESSOAS COM DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL)

As medidas relacionadas com “Intervenções precoces e tratamento” são eminentemente de alocação de recursos e funcionamento do sistema e serviços de saúde. Existem evidências científicas de efetividade comprovada para a introdução de intervenções breves com consumidores de álcool, nomeadamente nos cuidados de saúde primários, assim como para a disponibilização de tratamento especializado, seja a nível médico, como desintoxicações, seja a nível psicoterapêutico. O apoio a família dos pacientes é critério de qualidade do tratamento e deve estar presente, contribuindo para a efetividade. A participação em grupos de mútua ajuda e autoajuda também apresenta efetividade. Existem recomendações para o desenvolvimento e apoio de todas essas intervenções, todavia o seu público-alvo é restrito e não populacional com outras medidas, o que limita a sua relação custo benefício.

3.7.1. INTERVENÇÕES NO CONSUMO DE RISCO E NOCIVO DE ÁLCOOL E DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL

3.7.1.1. Políticas Públicas do Álcool em geral (ver Anexo 7 – Tabela 31)

É mencionada uma única medida nesta categoria que diz respeito a “ampla implementação de intervenções para reduzir o consumo de risco e nocivo de álcool”. Se referindo em especial às intervenções breves, na verdade essa medida engloba e é representativa das diversas medidas específicas que normalmente são identificadas.

No caso, os valores médios correspondem a uma avaliação positiva quanto ao grau de impacto, com um valor entre 6 e 7, e do grau de importância, com um valor acima de 8.

As medianas melhoram essas posições correspondendo a um grau de impacto e de importância altos (8 e 9 respetivamente) e o intervalo interquartil, somado ao quartil superior demonstra uma tendência central da grande maioria das respostas situar o grau de impacto e de importância da medida de moderadamente alto até muito alto (entre 7 e 10). Todavia, a distribuição das frequências das respostas relativas à medida refletem

melhor a avaliação dos inquiridos, indicando que existe uma consistente avaliação positiva da medida:

- 87,4% dos inquiridos pontuou o grau de impacto da medida como moderadamente alto ou mais (6 a 10) e concentrando 57,1% das respostas como um grau de impacto alto ou muito alto (8 a 10).

- 89,1% dos inquiridos pontuou o grau de importância das medidas como moderadamente alto ou mais (6 a 10) e concentrando 72,7% das respostas como um grau de impacto alto ou muito alto (entre 8 a 10).

Os resultados indicam que a maioria dos inquiridos situa o grau de impacto e de importância da medida entre alto e muito alto.

3.7.1.2. Planos Nacionais – Políticas Públicas do PACA e do PNRPLA

- PACA (ver Anexo 7 - Tabela 32)

É mencionada uma única medida nesta categoria que diz respeito a “criar uma rede alcoológica nacional”. Essa medida engloba todo o sistema de saúde e é representativa das diversas medidas específicas que normalmente são identificadas.

No caso, os valores médios correspondem a uma avaliação positiva quanto ao grau de impacto, com um valor entre 6 e 7, e do grau de importância, com um valor acima de 8. A percepção dos inquiridos em relação ao grau de realização das medidas, com uma média entre 4 e 5, indicia que estas medidas tiveram um fraco desenvolvimento no contexto português.

As medianas melhoram as posições do um grau de impacto e de importância, situando-os como altos (7 e 9 respetivamente) e o intervalo interquartil dessas variáveis, somado ao do quartil superior demonstra uma tendência da grande maioria das respostas situar o grau de impacto e de importância da medida entre moderadamente alto e muito alto (entre 7 e 10). Quanto a realização das medidas, a mediana situada em 4 confirma uma posição central correspondente a um grau de moderadamente baixo. Todavia, a distribuição das frequências das respostas relativas à medida refletem melhor a avaliação dos inquiridos:

- 67,2% dos inquiridos pontuou o grau de impacto da medida como moderadamente alto ou mais (6 a 10) e concentrando 48,9% das respostas como um grau de impacto alto ou muito alto (8 a 10).

- 85,5% dos inquiridos pontuou o grau de importância das medidas como moderadamente alto ou mais (6 a 10) e concentrando 73,0% das respostas como um grau de impacto alto ou muito alto (entre 8 a 10).

Os resultados indicam que a maioria dos inquiridos situa o grau de impacto em alto, mas numa intensidade variável, e o grau de importância em muito alto.

- Cerca de 55,3% dos inquiridos pontuou o grau de realização das medidas como de moderadamente baixo ou menos (0 a 4), a que acresce 14,9% que pontuou como moderado (5). Os resultados parecem indicar que as respostas se concentram num grau de realização entre baixo e moderadamente baixo das medidas (com 53,2% das respostas entre 2 e 5). O resultado pode refletir a percepção de que foi criada legislação que previa a existência de uma rede alcoológica, mas esta acabou por não ser implementada neste período.

- PNRPLA (ver Anexo 7 – Tabela 33)

As respostas múltiplas agregadas na categoria “intervenções no consumo de risco e nocivo de álcool e dependência de álcool”, que reúne 9 variáveis (medidas políticas

públicas), possuem uma consistência interna “muito boa” para os índices de “impacto”, “importância” e “realização” (*Alfa de Cronbach* de 0,947; 0,938 e 0,964 respetivamente).

No caso, os valores médios correspondem a o grau de impacto, com valores entre 7 e 8, e o grau de importância, com valores acima de 8, são similar ao das “políticas do álcool em geral. A percepção dos inquiridos em relação ao grau de realização das medidas, com uma média ligeiramente acima de 5, indicia que estas medidas não se desenvolveram plenamente no contexto português.

A distribuição das frequências relativas às respostas da categoria refletem melhor a avaliação dos inquiridos, indicando que:

- 79,6% dos inquiridos pontuou o grau de impacto das medidas como moderadamente alto ou mais (6 a 10) e 53,1% como alto ou muito alto (8 a 10);
- 92,4% dos inquiridos pontuou o grau de importância das medidas como moderadamente alto ou mais (6 a 10) e 78,0% como alto ou muito alto (8 a 10).

Esses resultados parecem indicar uma tendência da maioria dos inquiridos situar o grau de impacto e um grau de importância como alto ou muito alto. Indicia no caso em questão e com pontuações tão altas, que estas medidas parecem ser fundamentais para o funcionamento do sistema e das políticas do álcool.

- Cerca de 56,8% dos inquiridos pontuou o grau de realização das medidas como de moderadamente baixo a moderadamente alto (3 a 7). A maior frequência do grau de realização, 15,8%, está situada na escala como moderado (5). A pontuação do grau de realização moderadamente como alto (6 a 7) reúne 22,6% das respostas. Os resultados parecem demonstrar uma oscilação subjetiva a volta de uma realização moderada das medidas, com uma tendência positiva, que podem refletir a reestruturação e o desenvolvimento da rede de atendimento especializado proporcionados pela integração dos serviços de alcoologia no IDT, mas que sofreu alguns retrocessos nos últimos anos desse período.

3.7.1.3. Posicionamento dos atores sociais (ver Anexo 7 – Tabela 34)

Os valores médios encontrados correspondem a uma percepção dos inquiridos sobre a influência dos grupos de atores sociais do Governo/Administração Pública e das ONGs avaliada como de apoio, com valores a volta de 8 e como neutra da Indústria do Álcool, com valores a volta de 5.

Entretanto, as medianas mostram mesmo valores mais altos de apoio às medidas para os dois primeiros grupos (9 e 8 respetivamente) e confirma a posição de neutralidade (5) do terceiro grupo. O intervalo interquartil, somado ao quartil superior, confirma uma ampla maioria de respostas que consideram existir uma influência claramente de apoio às medidas por parte dos dois primeiros grupos (entre 7 e 10). Menos definida é a posição do terceiro grupo da Indústria do Álcool, com um intervalo interquartil que envolve avaliações de alguma oposição e de apoio simultaneamente (entre 4 e 8).

A distribuição das frequências relativas às respostas sobre a influência dos grupos de atores sociais refletem melhor a avaliação dos inquiridos, indicando que:

- Governo/Administração Pública - 90,5% dos inquiridos pontuou o grau de influência relativamente às medidas como de apoio moderado ou mais (6 a 10) e 71,1% como de apoio ou total apoio (8 a 10);
- ONGs - 88,7% dos inquiridos pontuou o grau de influência relativamente às medidas como de apoio como moderado ou mais (6 a 10) e 66,1% como de apoio ou total apoio (8 a 10);

Esses valores demonstram uma tendência da grande maioria dos inquiridos considerar o grau de impacto e importância dessas medidas como “alto” ou “muito alto”, onde destaca-se as pontuações do grau de impacto e importância como muito alto (10), de 43,4% e de 30,2% respetivamente.

- Indústria do Álcool - 25,0% dos inquiridos pontuou o grau de influência relativamente às medidas como neutro (5) e 46,1% como de apoio moderado ou mais (6 a 10). Esta distribuição indica que existe uma tendência de avaliação o posicionamento da Indústria do Álcool nesta área como neutra ou moderadamente apoiante. Tal pode ocorrer devido a Indústria do Álcool ter incentivado o uso de intervenções breves para consumidores de risco, apesar de não se envolver nem ter interesses na área do tratamento.

3.7.2. INTERVENÇÕES E ASSISTÊNCIA AOS FAMILIARES DE PESSOAS COM DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL

3.7.2.1. Políticas Públicas do Álcool em geral (ver Anexo 7 – Tabela 35)

É mencionada uma única medida nesta categoria que diz respeito a “ampla implementação de programas de aconselhamento para membros de família de pessoas com consumo nocivo de álcool”, que procura abranger a globalidade de intervenções específicas que normalmente são identificadas e estão disponíveis.

No caso, os valores médios correspondem a uma avaliação bastante positiva quanto ao grau de impacto, com um valor próximo de 8, e do grau de importância, com um valor acima de 8.

As medianas reforçam essas posições correspondendo a um grau de impacto e de importância altos (8 e 9 respetivamente) e o intervalo interquartil, somado ao quartil superior demonstra uma tendência da grande maioria das respostas situar o grau de impacto e de importância da medida de moderadamente alto ou alto até muito alto (entre 7 e 10). Todavia, a distribuição das frequências das respostas relativas à medida refletem melhor a avaliação dos inquiridos, indicando que existe uma consistente avaliação positiva da medida:

- 94,7% dos inquiridos pontuou o grau de impacto da medida como moderadamente alto ou mais (6 a 10) e concentrando 66,1% das respostas como um grau de impacto alto ou muito alto (8 a 10).

- 92,7% dos inquiridos pontuou o grau de importância das medidas como moderadamente alto ou mais (6 a 10), 80,0% das respostas como um grau de impacto alto ou muito alto (entre 8 a 10), concentrando 38,2% das respostas no valor mais alto da escala (10), correspondente a um grau de importância muito alto.

Os resultados indicam que a grande maioria dos inquiridos situa o grau de impacto e de importância da medida entre alto e muito alto, com um destaque maior da importância, o que pode ser explicado pelos valores em causa, mais que pela efetividade da medida em si.

3.7.2.2. Planos Nacionais – Políticas Públicas do PACA e do PNRPLA

- PACA

Nenhuma medida específica nesta categoria foi identificada no PACA. A estratégia na área do tratamento se centrou na criação de uma rede alcoológica nacional e os cuidados especializados e suas componentes foram deixados a cargo dos CRAs. Alguns desses serviços já dispensavam intervenções dirigidas às famílias durante esse período.

- PNRPLA (ver Anexo 7 – Tabela 36)

As respostas múltiplas agregadas na categoria “intervenções e assistência aos familiares de pessoas com dependência de álcool”, que reúne 3 variáveis (medidas políticas públicas), possuem uma consistência interna “boa” para os índices de “impacto” e “importância” e “muito boa” para o índice de “realização”.

No caso, os valores médios correspondem a uma avaliação positiva e próxima dos valores das “políticas do álcool em geral” tanto em relação ao grau de impacto das medidas, com valores entre 7 e 8, como em relação ao grau de importância das medidas com um valor entre 8 e 9.

O valor médio do grau de realização dessas medidas apresenta um resultado que pode ser considerado muito próximo do meio da escala (5), mas o resultado pode representar diferentes distribuições de pontuações que podem identificar melhor as tendências.

A distribuição das frequências relativas às respostas da categoria refletem melhor a avaliação dos inquiridos, indicando que:

- 80,9% dos inquiridos pontuou o grau de impacto das medidas como moderadamente alto ou mais (6 a 10) e 56,4% como alto ou muito alto (8 a 10);

- 94,1% dos inquiridos pontuou o grau de importância das medidas como moderadamente alto ou mais (6 a 10) e 77,4% como alto ou muito alto (8 a 10);

Os resultados indicam que a maioria dos inquiridos situa o grau de impacto e de importância da medida entre alto e muito alto, com um destaque maior da importância que recebe uma percentagem dessas respostas mais elevada.

- 41,9% dos inquiridos pontuou o grau de realização das medidas como moderadamente alto ou mais (6 a 10) e 43,9% considerou o grau de realização das medidas como moderadamente baixo ou menos (0 a 4). Considerando a pontuação entre 3 e 7 obtém-se um valor de 51,7% dos inquiridos, indiciando a percepção de uma posição a volta de uma realização moderada das medidas nesta categoria.

3.7.2.3. Posicionamento dos atores sociais (ver Anexo 7 – Tabela 37)

Os valores médios encontrados correspondem a uma percepção dos inquiridos sobre a influência dos grupos de atores sociais do Governo/Administração Pública e das ONGs avaliada como de apoio, com valores acima de 8, e da Indústria do Álcool como neutra, com um valor próximo de 5.

As medianas confirmam os valores mais altos de apoio às medidas para os dois primeiros grupos (9) e a posição de neutralidade do terceiro grupo (5).

O intervalo interquartil confirma que essa grande maioria de respostas que consideram existir uma influência apoiante das medidas por parte dos dois primeiros grupos (entre 7 e 10), a que se soma o intervalo interquartil superior (10). Entretanto a posição do terceiro grupo da Indústria do Álcool (entre 2,25 e 8) apresenta-se pouco definida, já que inclui posições opostas no intervalo.

A distribuição das frequências relativas às respostas sobre a influência dos grupos de atores sociais refletem melhor a avaliação dos inquiridos, indicando que:

- Governo/Administração Pública - 88,7% dos inquiridos pontuou o grau de influência relativamente às medidas como de apoio moderado ou mais (6 a 10), 73,6% como de apoio ou total apoio (8 a 10), com 49,1% das respostas concentradas na pontuação de apoio total (10);

- ONGs - 86,6% dos inquiridos pontuou o grau de influência relativamente às medidas como de apoio moderado ou mais (6 a 10) e 71,6% como de apoio ou total apoio (8 a 10), com 37,6% das respostas concentradas na pontuação de apoio total (10);

Esses valores demonstram uma tendência da grande maioria dos inquiridos considerar o grau de impacto e importância dessas medidas como “alto” ou “muito alto”, onde destacasse as pontuações do grau de impacto e importância como muito alto (10)

- Indústria do Alcool - 40,5% dos inquiridos pontuou o grau de influência relativamente às medidas como de apoio moderado ou mais (6 a 10) e 30,8% dos inquiridos que pontuou o grau de influência como de oposição ou total oposição (0 a 4). Mas existe uma percentagem considerável de 28,8% de respostas que situam a posição desse grupo como neutra (5). Por outro lado existe uma percentagem de respostas de 15,4% que se posiciona na total oposição (0) e outra igual no total apoio (10).

A dispersão das respostas, associada a essas posições extremadas não permite uma definição clara do grau de influência envolvido, apesar da concentração de respostas na posição neutra e de uma percentagem favorável a uma posição de apoio. A falta de elementos que identifiquem qualquer atuação da Indústria do Alcool nesta área leva a avaliar o resultado com reserva, mas sugestivo de uma falta de posicionamento que reflete a neutralidade da posição destes atores sociais.

4. CONCLUSÕES: UMA AVALIAÇÃO GLOBAL DAS POLÍTICAS DO ÁLCOOL E DOS ATORES SOCIAIS

4.1. SÍNTESE COMPARATIVA DA PERCEÇÃO DAS POLÍTICAS DO ÁLCOOL E DA ATUAÇÃO DOS ATORES SOCIAIS

Uma síntese comparativa das percepções dos inquiridos sobre as diversas categorias de medidas de políticas do álcool (no geral e específica dos planos nacionais), e sobre a atuação dos principais grupos de atores sociais permite uma leitura, mesmo que simplificada, dos resultados. A opção de se utilizar uma classificação qualitativa das escalas permitiu que os resultados encontrados pudessem ser melhor visualizados. Quando adequado se acrescentou a percentagem maioritária mais representativa da classificação (ver Tabela 36 e Tabela 37).

Em termos globais, numa comparação das percepções dos inquiridos, identifica-se por vezes uma sobrevalorização do grau de impacto e de importância de determinadas categorias de políticas do álcool, dificultando uma diferenciação entre elas. Esta situação de indiferenciação das políticas públicas efetivas ou prioritárias pode refletir-se na definição de estratégias e planos e nas escolhas nas quais participam os inquiridos.

A percepção dos inquiridos sobre o grau de realização das várias categorias de políticas do álcool não se mostrou sempre consensual, e por vezes apresentava contradições. Essa avaliação discrepante pode ocorrer pela desinformação dos atores sociais ou pela ausência de objetivos operacionais e estratégicos claros e conhecidos a serem atingidos pelas políticas públicas.

A percepção dos inquiridos sobre o grau e qualificação da influência dos atores sociais é pouco clara. A maior parte das políticas são amplamente apoiadas pelas instâncias governamentais, mas tal não se reflete na criação e implementação das diversas medidas de políticas do álcool.

A percepção relatada sobre o posicionamento das ONGs parece refletir uma ação coadjuvante da posição das Instâncias Públicas e do Governo, refletindo uma iniciativa deficiente dos representantes da Sociedade Civil Organizada.

Por fim, a percepção do posicionamento da Indústria do Álcool é muitas vezes vista com indefinição e alguma da avaliação parece ser feita com base em impressões baseadas mais no discurso desses atores sociais do que nos seus interesses ou nas estratégias.

Tabela 36 - Síntese comparativa das percepções dos inquiridos sobre categorias de políticas do álcool.				
Grau de avaliação das medidas (baixo, moderado e alto)	Pol.Pública ou Plano	Impacto	Importância	Realização
1. Condução sob o efeito do álcool	Em geral	Alto (+) 57,7% ≥ 8	Alto (+) 66,1% ≥ 8	---
	PACA	Alto 75,8% ≥ 6	Alto (+) 71,3% ≥ 8	Indefinido
	PNRPLA	Alto (+) 54,2% ≥ 8	Alto (+) 68,7% ≥ 8	Moderado (+) 61,3% ≥ 5 e ≤ 8
2. Estratégias de educação e persuasão: 2.1. Educação, comunicação, formação e consciencialização pública	Em geral	Alto 68,7% ≥ 6	Alto (+) 52,1% ≥ 8	---
	PACA	Moderado (+) 55,0% ≥ 5 e ≤ 7	Alto (+) 55,8% ≥ 8	Moderado 75,0% ≥ 3 e ≤ 7
	PNRPLA	Alto 79,4% ≥ 6	Alto (+) 64,4% ≥ 8	Moderado 67,3% ≥ 3 e ≤ 7
2. Estratégias de educação e persuasão: 2.2. Embalagem e rotulagem de produtos com álcool	Em geral	Alto 76,7% ≥ 6	Alto (+) 53,8% ≥ 8	---
	PACA	Moderado (+) 55,8% ≥ 6	Alto 73,1% ≥ 6	Baixo 61,0% ≥ 0 e ≤ 5
	PNRPLA	---	---	---
3. Preços e taxas com vista a reduzir os danos causados pelo álcool	Em geral	Alto 72,6% ≥ 6	Alto 74,1% ≥ 6	---
	PACA	Moderado (+) 63,4% ≥ 6	Alto (+) 51,7% ≥ 8	Baixo 61,7% ≥ 0 e ≤ 5
	PNRPLA	---	---	---
4. Regulação do acesso físico ao álcool: 4.1. Restrições à disponibilidade de álcool	Em geral	Alto 70,9% ≥ 6	Alto 71,3% ≥ 6	---
	PACA	Alto 72,7% ≥ 6	Alto (+) 66,7% ≥ 8	Alto 55,7% ≥ 6
	PNRPLA	---	---	---
4. Regulação do acesso físico ao álcool: 4.2. Venda a menores	Em geral	Muito Alto 76,9% ≥ 8	Muito Alto 85,2% ≥ 8	---
	PACA	Alto (+) 57,0% ≥ 8	Muito Alto 74,5% ≥ 8	Baixo 51,0% ≤ 4
	PNRPLA	Alto (+) 50,6% ≥ 8	Alto (+) 72,7% ≥ 8	Moderado 62,6% ≥ 3 e ≤ 7
5. Regulação do marketing e da promoção do álcool (inclui publicidade, promoção e patrocínio do álcool)	Em geral	Alto (+) 52,1% ≥ 8	Alto (+) 58,6% ≥ 8	---
	PACA	Alto 62,4% ≥ 6	Alto (+) 57,6% ≥ 8	Baixo (-) 51,8% ≤ 4
	PNRPLA	Moderado (+) 67,2% ≥ 6	Alto (+) 53,1% ≥ 8	Moderado (+)
6. Modificação de contextos de consumo de álcool (inclui redução de danos no consumo de álcool e ambientes envolventes)	Em geral	Alto(+) 60,3% ≥ 8	Alto (+) 69,2% ≥ 8	---
	PACA	Alto 70,7% ≥ 6	Alto (+) 64,0% ≥ 8	Alto 53,0% ≥ 6
	PNRPLA	Moderado (+) 51,0% ≥ 6 e ≤ 8	Alto (+) 65,0% ≥ 8	Moderado 55,3% ≥ 3 e ≤ 7

7. Intervenções precoces e tratamento: 7.1. Intervenções no consumo de risco e nocivo de álcool e dependência de álcool	Em geral	Alto (+) 57,1% ≥ 8	Alto (+) 72,7% ≥ 8	---
	PACA	Alto 67,2% ≥ 6	Alto (+) 73,0% ≥ 8	Baixo 55,3% ≤ 4
	PNRPLA	Alto (+) 53,1% ≥ 8	Alto (+) 78,0% ≥ 8	Moderado 56,8% ≥ 3 e ≤ 7
7. Intervenções precoces e tratamento: 7.2. Intervenções e assistência aos familiares de pessoas com dependência de álcool	Em geral	Alto (+) 66,1% ≥ 8	Alto (+) 80,0% ≥ 8	---
	PACA	---	---	---
	PNRPLA	Alto (+) 56,4% ≥ 8	Alto (+) 77,4% ≥ 8	Moderada 51,7% ≥ 3 e ≤ 7

Tabela 37 - Síntese comparativa das perceções dos inquiridos sobre a atuação dos principais grupos de atores sociais.			
Grau de influência dos atores sociais (oposição, neutro, apoio)	Governo e Adm.Pública	ONGs	Indústria do Álcool
1. Condução sob o efeito do álcool	Apoio (+) 73,6% ≥ 8	Apoio (+) 53,8% ≥ 8	Apoio 50,0% ≥ 6
2. Estratégias de educação e persuasão:			
2.1. Educação, comunicação, formação e consciencialização pública	Apoio (+) 66,0% ≥ 8	Apoio (+) 67,9% ≥ 8	Apoio 51,0% ≥ 6
2.2. Embalagem e rotulagem de produtos com álcool	Apoio (+) 62,3% ≥ 8	Apoio (+) 61,5% ≥ 8	Apoio 56,9% ≥ 6
3. Preços e taxas com vista a reduzir os danos causados pelo álcool	Apoio (+) 64,2% ≥ 8	Apoio 63,5% ≥ 6	Oposição 60,6% ≤ 4
4. Regulação do acesso físico ao álcool:			
4.1. Restrições à disponibilidade de álcool	Apoio (+) 56,7% ≥ 8	Apoio 73,1% ≥ 6	Oposição 56,8% ≤ 4
4.2. Venda a menores	Apoio (+) 71,6% ≥ 8	Apoio (+) 53,8% ≥ 8	Apoio 54,9% ≥ 6
5. Regulação do marketing e da promoção do álcool (inclui publicidade, promoção e patrocínio do álcool)	Apoio (+) 62,3% ≥ 8	Apoio (+) 59,6% ≥ 8	Indefinido
6. Modificação de contextos de consumo de álcool (inclui redução de danos no consumo de álcool e ambientes envolventes)	Apoio (+) 64,1% ≥ 8	Apoio (+) 65,4% ≥ 8	Indefinido (ou Neutro)
7. Intervenções precoces e tratamento:			
7.1. Intervenções no consumo de risco e nocivo de álcool e dependência de álcool	Apoio (+) 71,1% ≥ 8	Apoio (+) 66,1% ≥ 8	Neutro / Apoio 71,1% ≥ 5
7.2. Intervenções e assistência aos familiares de pessoas com dependência de álcool	Apoio (+) 73,6% ≥ 8	Apoio (+) 71,6% ≥ 8	Neutro / Apoio 69,3% ≥ 5

4.2. SÍNTESE DESCRITIVA DA PERCEÇÃO DAS POLÍTICAS DO ÁLCOOL EM PORTUGAL

A última parte do inquérito procurou recolher o contributo dos inquiridos sobre o ponto da situação das políticas do álcool em Portugal e as ações a desenvolver. As respostas escritas obtidas através de perguntas abertas do inquérito centraram-se em 4 questões básicas:

- Os principais avanços recentes relacionados com as políticas do álcool (Avanços recentes)
- As principais barreiras, obstáculos e problemas existentes que impedem as ações sobre os PLA e as políticas do álcool (Barreiras, obstáculos e problemas existentes)

- Os principais avanços que são necessários de apoiar para que a criação e implementação das políticas do álcool ocorra (Avanços necessários)
- As principais mudanças que são necessárias se fazer para se atingir os avanços (Mudanças necessárias para criar condições ao avanço)

As respostas a essas questões dirigem-se mais ao momento atual de desenvolvimento das políticas do álcool, com as suas peculiaridades, bem como à busca de caminhos para uma mudança e melhoria das políticas do álcool em Portugal.

Uma síntese das respostas mais frequentes e compatíveis entre si foi realizada e reproduzida aqui, procurando ordenar as respostas primeiramente de cariz político ou estrutural, seguidas das que se enquadram em alguma das categorias de políticas públicas.

Avanços recentes:

- *Integração dos PLA no IDT.*
- *Criação do PNRPLA 2010-2012.*
- *Criação do Fórum Nacional Álcool e Saúde*
- *Envolvimento do sector da Indústria do Álcool (FNAS).*
- *Condução sob efeito do álcool: reforço da legislação (2013) com redução das TAS para grupos específicos, aumento progressivo da fiscalização nos últimos anos.*
- *Educação e consciencialização pública, comunicação e treino de profissionais: aumento dos programas específicos de prevenção, formação dos profissionais de saúde em intervenções breves.*
- *Restrições à disponibilidade: reforço da legislação (2013) com aumento da idade mínima de venda e das restrições a venda de bebidas alcoólicas (2013).*
- *Publicidade, promoção e patrocínio autorregulação da publicidade bebidas alcoólicas com inibição de promoção de bebidas alcoólicas com apelo direto ou indireto a menores de idade.*
- *Intervenções em contextos de consumo: proibição de venda em determinados locais e horários (autoestradas, após as zero horas, etc..) (2013), Linhas orientadoras para intervenção em meio laboral.*
- *Intervenções no consumo de risco, nocivo e dependência: criação de uma Rede de Referência para os PLA (2011), articulação das unidades de alcoologia com serviços de atendimento e ambulatório do IDT, inclusão de indicadores de consumo de álcool p/ os CSP.*

Barreiras, obstáculos e problemas existentes:

- *Papel do consumo de bebidas alcoólicas socialmente aceite e apoiado por atores sociais, económicos e políticos.*
- *Elevado perfil mediático, político e social da Indústria do Álcool (produção, comércio e exportação de bebidas alcoólicas).*
- *Cultura de consumo de bebidas alcoólicas associada a eventos de lazer (desportivos, musicais, etc...).*
- *Cultura de consumo de bebidas alcoólicas como fazendo parte da alimentação (em especial ligada à denominada "dieta mediterrânica").*
- *Degradação do sistema de saúde na componente relacionada com os PLA.*
- *Reduzido investimento em prevenção primária, secundária e terciária.*
- *Falta de alinhamento estratégico entre os diversos serviços com responsabilidades nesta área e fraca liderança nos serviços de saúde*

Avanços necessários:

- *Definir uma política do álcool específica e orientações técnicas em matéria de PLA.*
- *Desenvolver o planeamento regional das intervenções nos PLA, desenvolvendo as políticas locais associadas à Saúde em todas políticas.*
- *Aumentar o envolvimento da Indústria do Álcool na colaboração e no cumprimento das medidas de políticas do álcool.*
- *Condução sob efeito do álcool: aumento da fiscalização e rigor na aplicação de coimas e penas.*
- *Educação e consciencialização pública: comunicação e treino de profissionais: formação generalizada e aumento da qualificação de profissionais de saúde sobre PLA, aumentar a consciencialização e apoio político em relação ao peso dos PLA na saúde dos portugueses e no funcionamento do sistema de*

saúde e SNS.

- *Preços e taxas: Política fiscal para o álcool e aumento dos impostos sobre bebidas alcoólicas.*
- *Restrições à disponibilidade: reforço da fiscalização, "tolerância zero" para a venda a menores de 18 anos, treino e responsabilização dos vendedores, restrições a venda de bebidas alcoólicas junto de instituições frequentadas por menores, planeamento e regras de licenciamento municipais para os pontos de venda.*
- *Publicidade, promoção e patrocínio: restrição completa ao patrocínio e publicidade de bebidas alcoólicas nos órgãos de comunicação social e eventos sociais e desportivos.*
- *Intervenções no consumo de risco, nocivo e dependência: implementação da rede de referência, melhoria na prestação de cuidados especializados, implementação efetiva de intervenções breves nos CSP, inclusão de indicadores sobre os PLA na contratualização dos serviços de saúde, implementação de programas de apoio a familiares.*

Mudanças necessárias para criar condições aos avanços:

- *Discutir a Vontade Política em se empenhar na resolução dos PLA (advocacy).*
- *Envolvimento ativo da sociedade civil, designadamente através de estabelecimento visível de aliança com o sector da saúde, outros setores públicos e academia.*
- *Inibir a Indústria do Alcool de interferir nas políticas de saúde referentes ao álcool.*
- *Exigir a compatibilidade entre postos de governação e os conflitos de interesses na área das bebidas alcoólicas*
- *Comprometer o Ministério da Saúde e o Plano Nacional de Saúde quanto aos PLA.*
- *Aumentar o investimento e melhorar os recursos humanos e financeiros necessários a missão.*
- *Desenvolver mecanismos e circuitos de articulação entre serviços que atuam na implementação das políticas do álcool com o foco nas necessidades dos cidadãos.*
- *Desenvolver uma estratégia tipo "down-top" envolvendo as bases políticas, administrativas e assistenciais mais próximas das populações.*
- *Educação e consciencialização pública: comunicação e treino de profissionais: Investir em sensibilização e literacia sobre Problemas Ligados ao Alcool aos vários níveis de escolaridade, ações de sensibilização para a diminuição da disponibilidade social no âmbito da família, desenvolver formação de formadores e melhorar a qualidade formativa, estimular o envolvimento e formação dos profissionais de saúde, nomeadamente a nível dos CSP, incentivar a investigação e divulgação científica na área dos PLA e das intervenções*
- *Condução sob efeito do álcool: aumento das coimas e penas.*
- *Restrições à disponibilidade: proibição da venda de todas as bebidas alcoólicas a menores de 18 anos, aumento da capacidade de fiscalização das entidades e criação de mecanismos de acompanhamento do cumprimento da legislação adequados à fiscalização e à resolução de conflitos legais, aumento de sanções a comerciantes prevaricadores.*
- *Publicidade, promoção e patrocínio: posição mais assertiva face a Indústria do Alcool eliminando falhas na legislação e rejeitando interpretações abusivas desta, aumentar a regulamentação e proibição da publicidade, patrocínio e promoção, incluindo promoções de venda que incentivem o consumo.*
- *Intervenções em contextos de consumo: desenvolver o acompanhamento e a fiscalização dos PLA em meio laboral.*
- *Intervenções no consumo de risco, nocivo e dependência: investimento em prevenção e intervenção precoce, desenvolver guias de orientação de intervenções e tratamentos eficazes, melhorar os procedimentos e articulação dos profissionais na referência, encaminhamento e acompanhamento dos utentes no âmbito da implementação efetiva da Rede de Referência, reorganizar os serviços de prestação de cuidados de saúde de forma integrada.*

CAPÍTULO V – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

1. DETERMINANTES GLOBAIS DAS POLÍTICAS DO ÁLCOOL EM PORTUGAL (1999-2013)

O propósito desta investigação consistiu em aprofundar o conhecimento sobre os determinantes do processo de tomada de decisões e implementação de políticas na área dos Problemas Ligados ao Álcool (PLA). O fim pretendido foi o de fornecer contribuições para uma estratégia de Saúde Pública mais adequada a esse processo em Portugal.

Os PLA são uma questão de Saúde Pública, mas as suas dimensões são abrangentes e diversificadas, extrapolando o campo da Saúde. As políticas do álcool são compostas pelo conjunto de estratégias e medidas para reduzir os riscos e os danos associados ao consumo de álcool. A maior parte delas já foram identificadas, estudadas e selecionadas segundo a sua efetividade.

Durante a investigação, que abrangeu os acontecimentos a volta de dois planos alcoológicos nacionais no período entre 1999 e 2013, foram abordados os principais problemas e estratégias para lidar com os PLA e desenvolver as políticas do álcool em Portugal.

A investigação utilizou um modelo lógico de estruturação do processo pelo qual passam as políticas do álcool, que permitiu delinear as etapas e determinar o foco dos assuntos presentes em cada momento. Este modelo foi a base para a inserção e contextualização dos dados e informações obtidas. Foram utilizadas diversas fontes de informação para a reconstrução dos acontecimentos, das interações e dos interesses em causa e do discurso e posicionamento dos atores sociais envolvidos.

Os resultados mostraram que, no geral, as estratégias políticas do álcool surgiram influenciadas por agendas e compromissos internacionais e foram largamente justificadas pelo estado da saúde da população portuguesa e pela necessidade de uma resposta política adequada às dimensões do problema. Desde a sua criação e até a sua implementação prática, essas estratégias foram sendo influenciadas por condicionantes estruturais e conjunturais próprias do país e dos governos, mas também fruto das pressões geradas pelos interesses públicos e particulares em causa.

A maioria das iniciativas dos governos em Portugal não parece ter tido impacto relevante nos indicadores de saúde ou na redução dos danos associados ao consumo e aos PLA. O tempo despendido, as falhas do processo e as cedências a agendas próprias dos atores sociais, durante a criação dos planos, definição das medidas, regulamentação, alocação de recursos e implementação das intervenções podem explicar em parte essa evolução. Uma série de determinantes mais específicas presentes nas diversas etapas do processo das políticas do álcool foram identificadas e são sintetizadas adiante.

1.1. DETERMINANTES GLOBAIS DO PROCESSO DE TOMADA DE DECISÃO POLÍTICA NOS PROBLEMAS LIGADOS AO ÁLCOOL

1.1.1. Subsídios para uma política do álcool (Inputs)

Esses subsídios para uma tomada de decisão política são caracterizados como ações externas dirigidas ao sistema político em forma de exigências ou pedidos, apoios ou

limitações, recursos ou incentivos. Os subsídios foram separados em ações advindas do contexto ou dos atores sociais das políticas do álcool.

- **Determinantes contextuais**

A evolução das políticas do álcool no contexto internacional, europeu e português

As iniciativas de criação de estratégias para os PLA foram sistematicamente influenciadas por fatores contextuais externos, nomeadamente pelas políticas internacionais e europeias dirigidas ao consumo nocivo de álcool que tiveram início nos momentos anteriores e estimularam a criação dos planos nacionais.

As políticas do álcool acumularam conhecimento sobre décadas de aplicação prática de medidas em diversos países e contextos, bem como da sua capacidade de proporcionar resultados. Este conhecimento foi difundido em publicações técnicas e estratégias políticas de diferentes organismos internacionais de referência e se refletiu nos planos de ação dos países. Esse processo foi comum à Portugal nas últimas décadas do século XX. O mesmo continuou a ocorrer desde o início dos anos 2000, com os dois planos nacionais desenvolvidos na sequência de estratégias internacionais que foram produzidas. Em 1999, após um primeiro plano que vigorou no período de 1992-1999 a Região Europeia da OMS aprovou o segundo “Plano de Ação Europeu para o Álcool” (*European Alcohol Action Plan*) para o período de 2000-2005. Foi acompanhando esse movimento da OMS que Portugal fez um esforço para produzir o PACA (Plano de Ação contra o Alcoolismo). Em 2006 a Comissão Europeia aprovou a “Estratégia comunitária para apoiar os Estados-Membros na redução dos efeitos nocivos do álcool” (*An EU strategy to support Member States in reducing alcohol related harm*) para o período de 2006-2012, após muitos anos de recomendações para tal. Na sua sequência, Portugal criou o PNRPLA (Plano Nacional de Redução dos Problemas Ligados ao Álcool) à semelhança do plano europeu, transferindo para o contexto nacional a mesma abordagem e os mesmos mecanismos de desenvolvimento do plano.

As iniciativas e estímulos internacionais e da união europeia na área das políticas do álcool parecem ter tido maior importância e ter suscitado uma resposta dos responsáveis técnicos e na sua sequência dos responsáveis políticos dos governos que outras preocupações, pedidos e exigências dos atores sociais em Portugal, se transformando mesmo em fortes determinantes para o desenvolvimento das políticas do álcool em Portugal.

As tendências do consumo de álcool e os problemas ligados ao álcool em Portugal

As iniciativas de criação de estratégias para os PLA foram sistematicamente influenciadas por fatores contextuais internos ligados aos indicadores de consumo de álcool, persistentemente desfavoráveis ao longo do tempo, e às repercussões que esta situação teve junto dos atores sociais da Saúde.

Apesar de uma tendência global de redução do consumo de álcool desde a década de 1980 em toda a Europa Ocidental, incluindo Portugal, durante o decorrer da década de 1990, os indicadores em Portugal se agravaram comparativamente ao resto da Europa, chegando, nos últimos anos dessa década, a ser identificado como um dos maiores consumidores *per capita* de álcool a nível mundial. A situação parece ter melhorado durante a década de 2000, com uma redução sistemática do consumo de álcool em Portugal, mas na verdade esta redução foi sempre menos pronunciada que na região europeia e nomeadamente no conjunto dos países ocidentais da UE. Se os níveis de consumo pareciam fora de controlo em 2000, na metade da década o país continuava a apresentar níveis muito altos de consumo de álcool e os PLA continuavam a ser um problema grave de Saúde, com dimensão e necessidades de saúde muito superiores ao consumo de outras substâncias. A criação de planos alcoológicos foi, em parte, uma tentativa de dar resposta a esses níveis de consumo identificados e às necessidades de

Saúde sentidas, tanto no início da década de 2000, com a iniciativa de criação do PACA, como no final da década, com a iniciativa de criação do PNRPLA.

Segundo os dados das diversas estimativas internacionais e das edições dos inquéritos nacionais ao longo das duas últimas décadas (entre 1995 e 2015), existe uma percentagem persistentemente elevada de consumidores de álcool na população e as estimativas indicam que os níveis de consumo foram sempre elevados, uma tendência que tem se mantido, com pequenas variações, na década de 2000. Os inquéritos nacionais apresentam esta tendência e padrões tanto na população adulta como na idosa. Os dados da década de 2010 são algo díspares entre inquéritos nacionais realizados. O INCSP apresentou uma redução da percentagem de consumidores no último inquérito de 2012 (um ano marcado pelo agravamento da crise económica), enquanto o INS de 2014 identificou um aumento considerável na percentagem, quando comparados a inquéritos anteriores. O mesmo se observa nos inquéritos em meio escolar. O INME de 2011 apresenta um aumento do consumo entre adolescentes e o ESPAD de 2011 apresenta uma redução que se continua a observar no ESPAD de 2015. Pode-se estar num período de alteração momentânea das tendências de consumo. Temos uma momentânea redução associada a crise económica que posteriormente retomou uma tendência de subida na população em geral, mas manteve a redução na população adolescente, em parte devido a uma maior consciencialização e a medidas políticas dirigidas ao consumo por menores de idade. De qualquer forma, todos os dados indicam que os níveis, dimensão do consumo, bem como os padrões de consumo de risco e excessivo (regular ou episódico), na população portuguesa encontram-se ainda muito elevados e sem perspectivas de redução consistentes. As consequências na Saúde são inúmeras e os valores e algumas estimativas indicam que a mortalidade associada ao consumo de álcool é maior que o previsto.

Os indicadores relacionados com o consumo de álcool e o estado de saúde das populações foram determinantes para a iniciativas de criação dos planos nacionais no final dos anos 1990 e na segunda metade dos anos 2000. Entretanto, os planos nacionais para os PLA que foram desenvolvidos entre 1999 e 2013 não se refletiram em melhores resultados de saúde durante esse período, apesar de terem criado algumas políticas públicas e promovido pequenas mudanças.

Outros determinantes contextuais

Houve outros subsídios de ordem contextual em Portugal que limitaram ou constrangeram a criação de políticas públicas ligadas aos PLA. As crises económicas, contenções orçamentais, necessidades de reestruturação da administração pública de Saúde estiveram presentes, limitando a ação dos governos, as escolhas políticas e a definição de prioridades de investimento. Todavia, esses fatores fazem parte de um contexto inerente a conformação de todas as políticas de governo e não dirigidas com exclusividade a criação de políticas do álcool.

- **Determinantes da arena dos atores sociais**

A sensibilidade política e o foco da ação política

Os governos demonstraram uma sensibilidade moderada aos assuntos dos PLA. As iniciativas de abordar o problema e desenvolver políticas do álcool surgiram no seio da administração pública de Saúde e não através de uma agenda política pré-definida. Não houve uma interferência direta política para impedir a criação de estratégias e planos alcoológicos, apesar de por vezes se assistir a uma inércia governamental e resistências internas a criação dessas políticas, normalmente associadas a interesses setoriais dos governos, coincidentes com os interesses particulares da Indústria do Alcool.

Há uma perceção que os partidos políticos envolvidos nos governos estão mais sensibilizados e atentos aos setores económicos, socioculturais correlatos à Indústria do Alcool que às questões da Saúde Pública. Essas determinantes podem se manifestar

pela falta de agenda e de iniciativa política pelas políticas do álcool ou pelas barreiras impostas à atividade política sobre o assunto.

Não se assistiu a iniciativas dos principais partidos políticos com assento na AR no que respeita a criação ou implementação de políticas do álcool durante o período de tomada de decisão políticas sobre a criação de planos e estratégias. As iniciativas existentes se restringiram aos governos e a atitude política dos partidos foi comumente de cobrança ou questionamento dessas iniciativas já numa fase mais avançada da sua concretização. Isto foi identificado em resoluções dos partidos para apresentação das políticas do álcool elaboradas pelo governo ou nas intervenções sistemáticas do PCP de cobrança da implementação de medidas e serviços mais eficientes. Uma exceção foi encontrada num projeto de lei da iniciativa de um pequeno partido político da AR - Bloco de Esquerda - para restringir a publicidade a bebidas alcoólicas feita entre 2005 e 2008 (resgatando os princípios inscritos no PACA) após o campeonato europeu de futebol de 2004 ocorrido em Portugal, mas que não obteve apoio de outros partidos. Existe evidência sobre o conhecimento dos partidos políticos acerca dos PLA e das medidas necessárias de aplicar, todavia a sensibilidade política e mesmo iniciativa dos partidos políticos em geral foi sempre escassa neste sentido, ao contrário de outras ações e apoios ligados a todo o setor do álcool.

Identificou-se uma consistente atividade de *lobbying* empreendida por toda a Indústria do Alcool e seus colaboradores. Uma das estratégias mais utilizadas diz respeito ao estímulo a uma inação dos governos e partidos para as políticas do álcool. Diferentemente, a atividade das ONGs e outras representantes da Sociedade Civil que defendem a Saúde Pública e o Bem Público foi bastante escassa junto dos atores políticos e decisores. A intervenção dos profissionais e responsáveis da Administração Pública de Saúde esteve limitada pelas orientações do governo. Esta discrepância de intervenção dos atores sociais envolvidos pode em parte explicar as intenções adotadas e consequentes intervenções dos partidos e governos.

1.1.2. A atividade de construção das políticas do álcool (*Withinputs*) e a resposta política a uma tomada de decisão (*Outputs*)

A atividade desenvolvida no sistema político para a tomada de decisão relacionada com as políticas do álcool, em função dos subsídios presentes, interesses e alternativas costuma ganhar a forma de um conjunto de medidas que se estruturam em programas ou planos. A construção de um plano viável é, em grande parte, um processo técnico de elaboração conjugado com um compromisso político possível. A tomada de decisão política sobre a criação, conformação e viabilização do plano diz respeito diretamente aos governos e a sua ação afeta as possibilidades de sucesso da resposta final e seus resultados.

Uma característica comum na construção de políticas nacionais para os PLA foi a criação de grupos de trabalho que reunissem os serviços da administração pública e ministérios responsáveis pela futura execução das medidas. A realização de eventos de cariz técnico-científicos que promovessem a construção das políticas do álcool e mobilizassem os atores sociais e os interesses em torno da causa também foi um mecanismo de apoio utilizado. A realização em 1999 de um simpósio internacional que recebeu apoio internacional da OMS e nacional DGS e MS e marcou o início da construção de um plano alcoológico (PACA). Também em 2008 um encontro deu início a construção de uma estratégia (PNRPLA) e a um fórum nacional sobre o álcool (FNAS). Essas iniciativas contudo não foram o cerne da elaboração conjunta e aberta à sociedade de um plano, apesar de por vezes assim o fazerem entender. Os planos de 1999/2000 e de 2008/2009 foram desenvolvidos originalmente no seio das instituições responsáveis pelas políticas do álcool do MS (DGS e IDT), recebendo de seguida a colaboração e anuência das demais entidades públicas e ministeriais. A sua conceção inicial parece se aproximar da

organização de meios da administração pública que esses responsáveis pelas políticas do álcool preveem ser necessário implementar, incorporando as políticas do álcool preconizadas.

A vontade política e o sentido da mudança

A sensibilidade e vontade política dos Governos para com as necessidades de saúde ligadas aos PLA são um determinante importante para as iniciativas de políticas do álcool. Todavia, nem todas as iniciativas tiveram na sua origem a intenção primeira de criação de políticas do álcool, algumas pretenderam promover mudanças estruturais ou funcionais nos serviços públicos. Enquanto o governo que criou o PACA estava legitimamente direcionado para a criação de um plano alcoolológico que recolhesse um conjunto de ideias com vista a resolução dos problemas, o governo que criou o PNRPLA estava a princípio orientado para uma reestruturação dos serviços de saúde na área dos PLA, aumentando a atuação do instituto público que assumiu responsabilidades (IDT), com vista a uma conjugação de esforços de contenção orçamental com a rentabilização dos recursos disponíveis para lidar com o problema. Essa diferença levou a que o tempo entre o anúncio da mudança e a tomada de decisão política sobre a criação de uma estratégia para os PLA decorresse, no primeiro caso, entre 1999 e 2000 (cerca de 1 ano e meio em duas legislaturas), e no segundo caso, entre 2006 e 2010 (cerca de 4 anos em duas legislaturas). Essa demora excessiva, nomeadamente no segundo caso, pode ser interpretada como falta de vontade política ou a presença de influências externas (pressões) que levam ao adiamento e ao desgaste do momento da tomada de decisão sobre o assunto, pondo em causa a janela de oportunidade criada.

Num momento seguinte, a ação dos governos para desenvolver plenamente as resoluções tomadas, em forma de planos alcoolológicos, ficaram sempre aquém das expectativas criadas.

A ação técnica e a ação política

Os planos alcoolológicos nacionais foram elaborados na sua essência pelas entidades responsáveis do Ministério da Saúde. Na elaboração contribuíram para a definição das medidas e aprovaram o resultado final representantes dos diversos serviços da administração pública e ministérios com matérias afetas às políticas do álcool. Nesse sentido, não foram identificadas interferências de índole meramente política no processo de elaboração das propostas técnicas iniciais dos dois planos alcoolológicos (PACA e PNRPLA), apenas intervenções à matéria tecnicamente possível de ser consagrada. Esse processo de construção e articulação das medidas necessárias foi identificado como técnico, mas a tomada de decisão final sobre o que é criado e em que condições deve ser executado, dependeu da agenda e da vontade política do governo, já que o processo é eminentemente político. Para essa decisão e aprovação voltaram a ser consultados e a participar na decisão os representantes dos diversos ministérios afetos às políticas do álcool. A captura das propostas finais dos planos pelos governos durante o processo de tomada de decisão, quer seja durante a sua aprovação política, quer seja a partir deste momento, foi um padrão que alterou o tempo da decisão e as prioridades dos assuntos. Os dois níveis de elaboração e criação de medidas sofreram, de maneira diferente, pressões e interferências internas e também dos atores sociais envolvidos.

A aprovação governamental do PACA no final de 2000, respeitou a proposta original oriunda da Comissão Interministerial coordenada pela DGS, mas a posterior regulamentação prevista foi retirada da alçada da comissão responsável pela elaboração e foi produzida no seio do próprio governo, de acordo com o seu entendimento das questões e da forma das leis, que afetaram os objetivos do plano inicial na regulamentação, aplicação de medidas e implementação das práticas.

A aprovação governamental do PNRPLA em meados de 2010, respeitando mais uma vez a proposta original oriunda do IDT, suspendeu de imediato a regulamentação de uma série de medidas aprovadas, nomeadamente regulatórias e de alterações legislativas,

que assim não foram efetivamente implementadas por um tempo indeterminado, tornando a decisão de aprovação do plano feita na mesma altura incongruente.

Entretanto, algumas medidas ligadas a processos de mudança já em curso (reestruturações de serviços e da prestação de cuidados de saúde) ou outras políticas públicas (segurança rodoviária) seguiram sempre adiante de forma autónoma em ambos os planos. Coincidentemente, as duas áreas pouco interferiam negativamente nas áreas de interesse da Indústria do Álcool e apenas na primeira área foi identificada uma resistência dos responsáveis pelos serviços de saúde à mudança e aos constrangimentos que não alterou o rumo das coisas.

As tomadas de decisão dos governos em relação aos planos alcoológicos pareceram representar apenas uma intenção política de apoio e estiveram longe de ser um compromisso para com a sua concretização. Isso querará dizer que a decisão dos governos não foi tomada efetivamente na aprovação dos planos, foi sendo assumida ou rejeitada a partir desse subsídio e durante o processo de implementação. Portanto, identifica-se melhor a tomada de decisão e compromisso dos governos através de regulamentações e práticas da legislação ou através das medidas adotadas e alocação de recursos e meios para as atividades planeadas.

A resposta política dos planos alcoológicos aos compromissos

A resposta final dos planos alcoológicos aprovados reflete o estado da arte das evidências científicas de efetividade, mas também possui um conjunto de medidas menos efetivas, mas consideradas como socialmente relevantes. O nível de comprometimento dos governos com o conteúdo dos planos foi contudo relativo. No PACA verificou-se uma tentativa do governo de comprometer os ministérios com a regulamentação e execução das medidas. A resposta foi variada, dependendo dos interlocutores ministeriais e dos interesses, mas no geral a causa das políticas do álcool não foi plenamente assumida e nem imposta. No PNRPLA não se viu a mesma atitude do governo de comprometer os responsáveis ministeriais com aplicação do plano. Em ambos os planos, a resposta do governo refletida nos planos careceu de uma estruturação mais sólida sobre o papel e a ação de cada componente do governo para a concretização das medidas descritas.

Atuação dos representantes da Indústria do Álcool, das ONGs e Sociedade Civil

As intervenções dos atores sociais durante a elaboração e aprovação do PACA não se fizeram notar publicamente ou junto dos poderes políticos e da administração pública. O único indício de alguma concertação com os agentes ligados a Indústria do Álcool surgiu a partir da captura do processo de tomada de decisão pelo governo para a sua aprovação e subsequente regulamentação. Entretanto o episódio da intervenção do governo na redução da TAS na condução, à margem da regulamentação do PACA, despertaria uma intensa reação da Indústria do Álcool e seus parceiros contra a decisão do governo, afetando no final do confronto todo o posterior apoio político para a implementação do plano logo nos primeiros momentos da sua existência.

A elaboração do PNRPLA teve uma intensa participação e colaboração dos atores sociais e a discussão pública posterior também despertou reações desses atores sociais, tanto de apoio quanto de oposição às medidas. Algumas críticas de atores sociais da Sociedade Civil Organizada, ONGs e Comunidade de Saúde eram dirigidas às reestruturações dos serviços de saúde que estavam em andamento à margem do processo. Outras intervenções exigiam mais e melhores medidas restritivas da condução sob efeito do álcool, da venda ou da publicidade, apontando a ausência de cumprimento e fiscalização existentes até então, e apontavam os interesses da Indústria do Álcool como responsável pelos desvios. A maior parte desses atores estava afastado das autoridades responsáveis pelas políticas do álcool (IDT) e do recém-criado FNAS, devido às diferenças de opinião sobre a reestruturação dos serviços da saúde ou devido a participação e envolvimento da Indústria do Álcool na elaboração das políticas do álcool. Enquanto isso essa indústria tinha aproveitado a abertura dos responsáveis para a

participação no FNAS para contrapor, introduzir e, por vezes, impor suas posições e projetos às autoridades administrativas e políticas.

Os acontecimentos que envolvem os atores sociais nestas fases de elaboração e aprovação dos planos possuem uma importância crucial na definição das condições a serem estabelecidas para a sua implementação. As falhas de uns e o sucesso de outros atores sociais são determinantes da forma como o governo tratará do assunto a seguir.

Constatou-se na leitura dos acontecimentos a existência de um melhor desempenho dos representantes da Indústria do Alcool para estabelecer relações funcionais e conquistar a atenção do poder público para os seus interesses, em detrimento da atuação inconsistente e dispersa dos atores sociais da Sociedade Civil Organizada, ONGs e Comunidade de Saúde.

A percepção dos atores sobre as políticas públicas do álcool e a sua seleção

A percepção recolhida de um painel de atores sociais sobre o impacto e a importância das políticas do álcool apresentou resultados pouco diferenciadores entre as diversas categorias de políticas públicas. Em termos gerais os atores sociais portugueses tenderam a valorizar o impacto e a importância das medidas, independentemente da sua efetividade ou da especificidade dos PLA na situação portuguesa. Quando inseridas num dos planos alcoólicos uma avaliação mais negativa do impacto de uma medida está presente quando se encontravam falhas evidentes nos mecanismos utilizados para a sua aplicação. Num contexto em que existe uma ausência de políticas públicas do álcool que apresentem resultados evidentes, todas as medidas são percecionadas como importantes e assim prioritárias. A indiferenciação de prioridades, considerando umas medidas mais importantes que outras no contexto português, ou de escolhas mais efetivas, de acordo com o impacto que podem proporcionar, não se restringe a percepção dos atores sociais. Reflete-se na conceção dos planos, exaustivos em medidas em todas as áreas de atuação e categorias de políticas públicas, mas sem uma seleção das medidas mais eficazes ou das mais prioritárias no contexto nacional, levando a uma estratégia de dispersão de esforços entre muitas e variadas intervenções.

1.2. DETERMINANTES GLOBAIS DO PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DO ÁLCOOL

1.2.1. Subsídios das políticas públicas (Inputs)

Em teoria, os subsídios se referem às condições necessárias à aplicabilidade das medidas preconizadas nos planos. Caracterizam-se por intervenções externas dirigidas aos sistemas executivo e/ou jurídico da administração pública com vista produzir efeitos no desenvolvimento dos planos e medidas (leis e normas, programas, estruturas, serviços e produtos). Os subsídios foram separados em ações advindas do contexto ou dos atores sociais das políticas do álcool.

- **Determinantes contextuais**

A evolução das políticas do álcool no contexto internacional, europeu e português

Mais uma vez, nesta fase de criação das condições necessárias a implementação de políticas públicas do álcool, os incentivos internacionais tiveram importância para o prosseguimento e manutenção das políticas nacionais ligadas aos PLA. As estratégias internacionais enquadraram os planos nacionais e é natural que as ações das instâncias internacionais e supranacionais criem o clima e os estímulos necessários ao seu desenvolvimento nos países, Portugal incluído.

Na altura em que o processo de implementação do PACA se iniciava, o contexto internacional da Região Europeia da OMS entrava numa fase onde estimulava e esperava por iniciativas de aplicação de medidas por parte dos países. Este período durou de 2001 até pelo menos 2006 e ocorreu na sequência dos desenvolvimentos do *WHO European Alcohol Action Plan 2000-2005*. Simultaneamente, o Conselho da EU tinha feito duas recomendações sobre o consumo de álcool pelos jovens e sobre o desenvolvimento de uma estratégia comunitária em 2001, estimulando a ação dos países. Esses estímulos pressionaram os responsáveis pelos PLA e pelo plano a tentar desenvolver e implementar o plano junto do governo e demais atores sociais.

Na altura em que o processo de implementação do PNRPLA se iniciava, o contexto internacional a OMS desenvolvia esforços para a aprovação de uma Estratégia Global para Reduzir o Uso Nocivo do Álcool da OMS (*WHO Global Strategy to Reduce the Harmful Use of Alcohol*). Simultaneamente, a nível da UE, a avaliação intercalar da "Estratégia comunitária para apoiar os Estados-Membros na redução dos efeitos nocivos do álcool" para 2006-2012, feita pelo Conselho Europeu em 2009, reforçava o compromisso dos Estados-Membros e da Comissão, incentivava os países a aumentar os seus esforços e encorajava o envolvimento dos diversos atores sociais a trabalhar na aplicação de medidas regulamentares das políticas do álcool. Essas orientações estimularam os responsáveis pelos PLA e pelo PNRPLA a dar continuidade na sua estratégia, visando aprovar e implementar o plano.

Intervenções da governação à margem dos planos

Outros fatores contextuais internos afetaram diretamente a implementação dos planos alcoológicos, num momento em que era necessário dotar as políticas públicas de condições (regulamentação e reforço da legislação e da sua aplicação) e meios (alocação de recursos) que permitam implementar e por em prática as medidas previstas.

Algumas intervenções dos governos afetaram a implementação dos dois planos alcoológicos, quando os compromissos para com os planos já tinham sido assumidos. Crises económicas que originaram cortes orçamentais e reestruturações na administração pública implementadas pelos governos (PRACE e PREMAC) impediram os investimentos necessários para o desenvolvimento das atividades previstas. As situações de restrições orçamentais e diminuição da capacidade de resposta dos serviços públicos permanecem como sendo um padrão com o qual se deverá conviver a longo prazo.

- **Determinantes da arena dos atores sociais**

Estruturas de coordenação e articulação das políticas e planos alcoológicos

Para além dos organismos da administração pública responsáveis pelas políticas do álcool, DGS, IDT/SICAD, a existência de uma estrutura coordenadora com articulação e influência política instituídos sobre outros ministérios e estruturas foi uma necessidade inerente ao desenvolvimento dos planos alcoológicos. Desde o fim da Comissão Interministerial para a elaboração do PACA havia uma falta sentida e reivindicada desse tipo de estrutura. A criação de um Conselho Interministerial em 2010 veio preencher esse vazio e criar uma nova dinâmica mais participada. A mesma dinâmica se pôde verificar em relação a estruturas menos formais, como o FNAS. Todavia, a intervenção dos governos se sobrepôs a essa dinâmica em favor das agendas do governo e das exigências políticas de outras áreas da governação, determinando um padrão de comportamento que resultou em algum desgaste da participação ativa dos que compõem esses organismos.

Intervenções do governo à margem dos planos

Pelo menos uma intervenção do governo que não respeitou as orientações e o *timing* do PACA - a redução da TAS na condução ocorrida à sua margem – se transformou em um acontecimento político que causou inúmeras reações dos atores sociais, nomeadamente da Indústria do Álcool, que levou a um retrocesso da decisão. A força do *lobbying* e da

pressão social demonstrada pela Indústria do Álcool e seus parceiros afetou o governo em funções e intimidou pelo menos o governo seguinte a prosseguir livremente com a execução de outras medidas do PACA.

Intervenções do governo no âmbito dos planos

O padrão de atuação mais representativo da intervenção dos governos foi a já referida captura da regulamentação e implementação dos planos alcoológicos para além do período da sua aprovação. Além dos adiamentos e limitações impostos aos planos, o abandono tácito da aplicação de medidas regulamentadas (no caso do PACA) ou a suspensão declarada das medidas regulamentares e legislativas aprovadas (no caso do PNRPLA) foram padrões de inação política que afetaram a implementação dos planos. Este fenómeno permaneceu por quase todo o período de vigência destes. Os motivos dos governos para essas interferências nunca ficaram totalmente esclarecidos, mas acabaram por defender os interesses económicos em detrimento da Saúde Pública, beneficiando a Indústria do Álcool. Muitos desses posicionamentos do governo foram justificados com negociações e prioridades políticas internas a governação, originadas em Ministérios da Economia, das Finanças e da Agricultura, entre outros.

O financiamento das atividades e intervenções dos planos pelo governo nunca foi previsto para além dos normais orçamentos das instituições envolvidas e suas atividades, mas também ficou largamente prejudicado com as crises económicas e financeiras sucessivas e os cortes orçamentais implementados. Uma política sem a adequada quantificação de investimento, mobilização de recursos e compromisso com a execução sinalizou uma progressiva e justificada desvinculação das instituições com a implementação das medidas.

Atuação dos representantes da Indústria do Álcool, das ONGs e Sociedade Civil

Tanto no período de implementação do PACA como do PNRPLA foi reforçada a estratégia da Indústria do Álcool de formar alianças junto das autoridades da administração pública para desenvolver e legitimar as suas atividades e programas denominados de responsabilidade social. As entidades representativas do setor e organizações sociais criadas pela Indústria se tornaram a força motriz dessa estratégia, se impondo numa participação ativa nas políticas do álcool. A sua capacidade financeira, aliada a um bom *marketing* social transformou a sua abordagem de moderação e educação apara o consumo responsável numa das mensagens mais fortes e presentes, sem nenhuma oposição (e até algum apoio) das autoridades de saúde ou dos governos. O *lobbying* feito pela Indústria do Álcool junto dos governos para defender seus interesses particulares esteve sempre presente. Assistiu-se desde tentativas de influenciar o governo nas suas posições junto das instâncias supranacionais e internacionais até a estreita relação existente entre a Indústria e as forças políticas, desde os partidos políticos que defendiam as bebidas alcoólicas e o seu negócio, até a existência de um Ministro da Economia que era oriundo da Indústria e representante do setor cervejeiro. Essas situações criaram uma promiscuidade grande entre a Indústria e os governos, que punha os interesses particulares, no mínimo, em conflito com o bem-público.

As ONGs, Comunidade de Saúde e demais representantes da Sociedade Civil Organizada não conseguiram alcançar um nível de influência e uma constância de atuação junto dos governos que fosse eficaz. A sua posição em relação às políticas públicas dificilmente se impôs às agendas dos governos, já que no geral eram mais exigentes e abrangentes que as das autoridades técnicas responsáveis pelas políticas do álcool (que já não conseguem fazer vingar suas propostas). As posições da comunidade de saúde centradas na contestação a diversas reestruturações na organização da prestação de cuidados de saúde e nos cortes orçamentais que as afetavam dificultou a sua participação em outras matérias ligadas às políticas do álcool. É de considerar ainda que a maioria desses profissionais possui um vínculo com a função

pública, o que inibe críticas mais contundentes dirigidas a tutela ou ao governo para além das suas atividades e funções. Mesmo assim, todos esses atores constituíram uma voz de referência sobre a necessidade de implementação das políticas públicas efetivas para minimizar os PLA, apesar da falta de articulação e consistência. A necessidade de se desenvolver uma mais forte intervenção da sociedade civil organizada em Portugal se tornou evidente no decorrer dos acontecimentos relatados sobre a implementação das políticas do álcool. Algumas iniciativas de *advocacy* que ocorreram no final da vigência do PNRPLA, relacionadas com a legislação de venda e consumo por menores de 18 anos, foram promissoras da potencialidade que estes atores podem ter no fortalecimento das políticas do álcool.

1.2.2. A construção de medidas de regulação e alocação, o desenvolvimento das práticas legislativas e administrativas (*Withinputs*) e as respostas e mudanças resultantes (*Outputs*)

Na sequência da aprovação de planos alcoológicos é esperado que se desenvolvam ações mediadoras do processo de regulamentação e alocação de recursos das medidas previstas. Na sua sequência, a oferta de serviços e de práticas jurídicas e administrativas podem produzir efeitos práticos de mudança no ambiente e comportamento dos indivíduos.

Em Portugal, os subsídios criados pela atuação dos governos quando da aprovação dos planos, não permitiu o fortalecimento prático das políticas do álcool. As tarefas de implementação dos planos estiveram muito dependentes da subsequente vontade política dos governos após a aprovação dos planos e por este motivo não se concretizaram como o esperado, o que pôs em causa os próprios planos e os compromissos dos governos.

O PACA e PNRPLA foram apenas parcialmente regulamentados em algumas das medidas previstas. Por vezes, isto foi feito de forma diversa da preconizada em ambos os planos, como foi o caso da definição da idade mínima para a venda de bebidas alcoólicas e dos limites da TAS para certos grupos na condução sob o efeito do álcool, tanto no PACA como no PNRPLA. No caso do PNRPLA, as alterações desses diplomas que acabou por ocorrer foi, para além de diversa, demasiado tardia. Esses acontecimentos satisfizeram os *timings* políticos e não técnicos (normalmente beneficiando a Indústria do Alcool e os sectores correlatos) em detrimento das orientações da Saúde Pública.

A realização e as falhas na aplicação das políticas públicas

Uma análise das práticas desenvolvidas nas diversas categorias de políticas públicas definidas nos planos forneceu evidências relevantes sobre a dificuldade de implementação dos planos e consequente obtenção de resultados.

As tentativas de regulamentar uma rede alcoológica no PACA e no PNRPLA foram válidas na sua conceção, mas nunca receberam a devida aprovação atempada e o apoio necessário para que se tornassem uma realidade na vigência dos planos. Uma resposta integrada no SNS e de intervenções adequadas a cada nível de cuidados de saúde não foi implementada em nenhum dos planos. Todavia, na altura da implementação do PNRPLA houve uma melhoria do atendimento a nível especializado, não devido a aplicação do plano em si, mas da reestruturação ocorrida com a integração da alcoologia no IDT. Com a integração desses serviços nas ARSs procurou-se manter os níveis de atendimento.

A legislação sobre a venda e consumo de bebidas alcoólicas foi melhorada para ser clara e objetiva nas suas orientações, mas tanto na altura da criação (durante o PACA) como da introdução de alterações (no final da vigência do PNRPLA) ficou aquém do esperado, definindo idade mínima para a venda abaixo do proposto e criando mecanismos cumprimento e de fiscalização de difícil aplicação. A sua prática legislativa foi sempre de

difícil, carecendo de meios adequados de fiscalização e de rigor e rapidez na aplicação de sanções. O cumprimento da legislação ficou dependente da boa vontade dos agentes comerciais, que na maior parte das vezes aproveitam-se as falhas da lei, ou dos responsáveis administrativos dos serviços públicos, o que permitiu alguns sucessos nos locais de trabalho da administração pública e serviços de saúde.

As alterações ao Código da Publicidade, para restringir a publicidade a bebidas alcoólicas, feita durante o PACA, nunca foram aplicadas de acordo com os princípios que as inspiraram. A sua conceção se mostrou frágil e dada a interpretações duvidosas e limitada na sua abrangência. O seu cumprimento nunca foi defendido pelas autoridades e governos e a sua fiscalização simplesmente não ocorreu. A Indústria do Álcool e os meios publicitários encontraram ao longo dos anos variadas formas alternativas de manter a publicidade agressiva ao álcool. Nenhuma alteração posterior foi sequer discutida concretamente ao longo dos anos, apesar das críticas feitas por diversos atores sociais e entidades.

As alterações ao Código da Estrada, para restringir a condução sob o efeito do álcool, foram feitas pelas autoridades responsáveis pela Segurança Rodoviária, e faziam parte de uma estratégia própria. Assim as primeiras alterações que introduziram um maior controlo deste comportamento na condução foi feita ao longo dos anos em que se desenvolveu o PACA, mas enfrentou diversos problemas de aplicação da lei e fiscalização que ainda perduram, apesar das melhorias técnicas e logísticas implementadas. Algumas alterações que eram propostas desde 2000, como a redução da TAS em determinados grupos profissionais e recém-encartados, só foram introduzidas em 2013, o que demonstra as resistências nesta área das políticas públicas do álcool.

Não foi implementada nenhuma política pública legislativa ou normativa abrangente ligada a preços, impostos e taxas, assim como a restrições a disponibilidade de álcool com base em horários de funcionamento ou densidade geográfica, todas medidas consideradas efetivas.

Em termos estratégicos, o tempo decorrido para se criar instrumentos legais e administrativos que na maior parte das vezes se mostraram falhos, bem como o pouco investimento em recursos e meios necessários a implementação das medidas dos planos não permitiram um impacto relevante na oferta de boas práticas regulatórias, administrativas e jurídicas ou de prestação de serviços e respostas nas comunidades. A maior parte dos objetivos definidos pelos planos ficou de alguma forma comprometida. Assim, não se pode esperar ou associar a medidas inadequadamente implementadas as melhorias no ambiente coletivo e no comportamento individual.

A perceção dos atores sobre a realização das políticas do álcool

A perceção sobre a realização das políticas do álcool no contexto dos planos alcoólicos, recolhida através de um inquérito a atores sociais, apresentou resultados que descrevem um baixo ou moderado grau de realização em quase todas as categorias de políticas públicas, condizente com os resultados encontrados ao longo da investigação. Algumas medidas entretanto foram consideradas como mais bem-sucedidas. Foi o caso da introdução pelo PACA das proibições a venda com responsabilização dos vendedores, obrigação de afixação de avisos e retiradas das máquinas de venda automática de bebidas alcoólicas.

A perceção geral, mais que os dados disponíveis, é de que as medidas que cobrem o período de 2000 até 2013 não foram concretizadas de forma plena e satisfatória, não produzindo os efeitos desejados. Essa perceção é sinalizadora das dificuldades presentes no desenvolvimento de políticas do álcool em Portugal e da necessidade de intervenção efetiva nesta área.

2. CONTRIBUIÇÕES PARA UMA ESTRATÉGIA DE SAÚDE PÚBLICA PARA AS POLÍTICAS DO ÁLCOOL EM PORTUGAL

Babor e colaboradores (2010) sintetizaram um conjunto de oportunidades para fortalecer a resposta das políticas públicas do álcool com base na evidência científica. Segundo a experiência acumulada e revista pelos investigadores, a colaboração internacional se tornou crucial na resposta ao consumo de álcool e aos PLA, já foram identificadas múltiplas oportunidades para a aplicação de uma gama diversificada de políticas públicas que devem ser aproveitadas, as escolhas devem ser feitas com racionalidade e integradas na política a diversos níveis (nacional e regional, populacional e grupos específicos), as decisões devem possuir um forte base de investigação sobre a efetividade do que está sendo feito e, por fim, a consciencialização pública deve ser estimulada pois pode melhorar o apoio necessário às políticas. Muitas dessas oportunidades podem ser aplicadas ao contexto português.

O contexto da vida real em que os atores políticos se situam e tomam decisões é muito mais abrangente e crucial para o desenvolvimento das políticas do álcool, mas a inadequação da tomada de decisão política e das políticas públicas implementadas em relação a evidência científica e técnica pode comprometer os resultados das ações (Jewell *et al.*, 2008). Essa dualidade de critérios entre as ações técnicas, baseadas em evidências científicas, e as ações políticas, baseadas nas escolhas democráticas e leituras sociais, foi constatada ao longo dos processos de tomada de decisão política e de implementação de medidas de políticas do álcool nacionais. As influências dos atores sociais que favorecem uma ou outra solução ainda promoveram uma maior dissonância das decisões e ações políticas em relação medidas técnicas preconizadas.

Ao invés de rivalizar posições ou esperar que a política simplesmente adote as evidências científicas, a Saúde Pública é preciso encontrar um caminho onde o conhecimento e integração das diversas visões, abordagens e escolhas contribuam para desenvolver políticas do álcool mais esclarecidas.

Anderson e Gual (2001) referem algumas formas como a ciência e a investigação podem colaborar com o reforço da governança das políticas do álcool. Uma delas é a própria análise de diferentes formas de governança que possam promover ações conjugadas entre diferentes setores que envolvem as políticas do álcool. Outra é a conceção e utilização de melhores instrumentos de análise que permitam medir o impacto das ações e intervenções (do setor público e privado) sobre a Saúde. A terceira é a identificação de incentivos que ajudem os consumidores a fazer escolhas que melhorem a saúde no que diz respeito ao consumo de álcool.

O conhecimento necessário reside em investigação interdisciplinar e na capacidade de transmitir esse conhecimento e essa experiência aos atores políticos e a sociedade civil organizada de forma que sejam integrados nas suas práticas, ações de influência e tomadas de decisão, tornando as decisões sejam mais transparentes e claras na sua intencionalidade. Sendo os PLA e as políticas do álcool assuntos complexos, a experiência passada de aplicação de medidas, desenvolvida *in loco*, pode determinar quais as melhores estratégias a adotar ou a evitar para produzir os efeitos desejados.

A ação nas políticas do álcool não pode entretanto ser um campo aberto a experiências e experimentações dado que envolve vidas e saúde. Regida por riscos e incertezas e estando a busca de evidências para lidar com os danos causados pelo consumo de álcool, as políticas do álcool devem estar assentes no princípio da precaução, fazendo uso das oportunidades para fortalecer as evidências já comprovadas. Devem também evitar tanto a ausência de intervenção quanto aquelas que não proporcionam resultados.

A análise feita ao processo de tomada de decisão relacionado com a criação e implementação das políticas do álcool em Portugal permitiu identificar evidências sobre o que pode ser alterado ou melhorado no processo.

As políticas públicas do álcool e medidas precisam ser ajustadas aos objetivos políticos.

A elaboração técnica e aprovação de planos alcoológicos têm sido longas e têm passado inúmeras vezes por diferentes níveis de decisão política. O mesmo ocorre posteriormente com a implementação do que foi aprovado. A nível dos governos existe pouca sensibilização para o assunto do consumo de bebidas alcoólicas e dos PLA como sendo um problema de Saúde Pública. Ainda encerram o assunto como um comportamento individual ou social com consequências esporádicas que precisam de serem acomodadas. A resposta política reflete apenas um nível de preocupação e atenção política relativos quanto a dimensão do problema.

Se por um lado os planos alcoológicos reuniram um conjunto o mais completo possível de medidas com vista a minimizar os danos do consumo de álcool e os PLA, a agregação de diversas políticas públicas a serem implementadas simultaneamente aumentaram as resistências e a ineficiência. Os planos abrangentes e com agendas extensas levaram a uma dispersão ou incapacidade de gerar os recursos necessários para as implementar. A seleção das medidas que receberam uma resposta política mais concreta não se baseou a partida na sua efetividade comprovada, nas prioridades de intervenção e nas alternativas mais viáveis. A escolha de medidas tendeu a ser oportuna politicamente e baseada em consensos de interesses.

Os planos alcoológicos também incorporam medidas de políticas do álcool e medidas essencialmente organizacionais em si. As propostas apresentadas precisam ser mais transparentes e responsáveis nas suas agendas quanto às medidas estruturais da organização, diferenciando-as das medidas instrumentais de políticas públicas do álcool.

Algumas políticas públicas do álcool pertencem quase que totalmente a outras esferas de atuação do governo externas à Saúde, necessitando que se desenvolva na prática o conceito de “Saúde em todas as políticas”. Para tal, os responsáveis dos governos externos a Saúde que são afetados pelo problema, devem receber da Saúde Pública a consciencialização necessária para serem eles a ter iniciativas para minimizar o problema escolhendo as alternativas mais efetivas com os recursos que lhes estão disponíveis. Nesta altura, a atuação conjunta e colaborativa proporciona melhores e mais promissoras intervenções.

Existem uma série de medidas que possuem bom potencial para reduzir danos sem que a sua adoção e implementação necessite de investimentos financeiros e meios. Contextos de crise económica e restrição orçamental são uma boa oportunidade de desenvolver estas medidas como alternativa custo-efetiva. Em geral, essas medidas são do foro regulatório, legislativo e normativo, podem ser aplicadas a nível nacional ou local e foram pouco exploradas nos últimos anos pelos governos, em parte devido a oposição de setores da Indústria do Álcool. Reduzir a resistência e as barreiras que impedem a implementação dessas medidas deveria ser o foco da intervenção política e da Saúde Pública.

Em compensação algumas medidas que foram escolhidas para serem implementadas não chegaram a desenvolver plenamente e sofreram com cortes orçamentais ou desinvestimentos. Estas medidas, que requerem investimentos em recursos e meios a um nível elevado ou suplementar para serem implementadas e manter as suas práticas ativas, deveriam ser acompanhadas pelo menos de uma avaliação dos custos que acarretam, para que se tenham tomadas de decisão informadas e se possa assumir com compromissos efetivos, partindo do pressuposto que oferecem resultados relevantes.

Em Portugal, os governos têm-se centrado nos aspetos económicos e financeiros do Estado no decorrer da última década. Se as medidas custo-efetivas que proporcionam ganhos de saúde a longo prazo tivessem sido adotadas no início da década de 2000, há muito já teriam apresentado bons resultados e contribuído para a melhoria geral do Estado. Ao contrário, os governos parecem ter adotado um padrão de adiar decisões do campo Sociais e de Saúde e, na impossibilidade de o fazer, optar por “meias medidas” -

medidas consensuais e parciais que não enfrentam os problemas mas também não interferem com os interesses instituídos. Infelizmente, o custo dessa atitude é alto porque não promove mudanças ambientais ou no comportamento individual e coletivo nem traz resultados de saúde. Apesar dos governos e dos partidos políticos se reverem na função de dar resposta as solicitações das forças vivas da sociedade que representam direta ou indiretamente, o equilíbrio entre as respostas a interesses particulares restritos a grupos e setores da sociedade não pode ser maior que a resposta aos interesses públicos e a promoção da saúde e do bem-estar da população. As alternativas apresentadas para as suas tomadas de decisão em relação as criação e implementação das políticas do álcool precisam de mais fundamentação, debate público, transparência e escrutínio.

É preciso ter em atenção o papel e a atuação dos atores sociais envolvidos nas políticas do álcool.

A Administração Pública, nomeadamente na área da Saúde, tem desempenhado um papel importante na tentativa de assegurar uma agenda para as políticas do álcool que possa ser apoiada pelos governos. A elaboração de planos é uma consequência prática dessa agenda. Feita em colaboração com outras entidades públicas, têm-se mostrado de difícil articulação e demorada para responder aos problemas em tempo útil, além de apresentarem um conjunto extenso de assuntos que requerem uma abordagem continuada incompatível com as mudanças dos ciclos políticos.

Seria útil a sensibilização permanente para uma política do álcool presente em todas as políticas junto dos atores políticos e dos governos, assim como dos quadros da administração pública, já que as políticas públicas do álcool têm sido relativizadas no contexto das outras atividades e ineficientemente implementadas pelos diversos setores dos governos. Algumas medidas que dependem do empenhamento das instituições ou serviços (públicos ou complementares) que as põem em prática beneficiariam de sensibilização dos intervenientes e de incentivos que permitissem melhores condições de aplicação e boas práticas.

As ONGs, sociedades científicas e profissionais, entre outras, têm desenvolvido um papel pouco relevante e disperso quando desempenha a sua função de *advocacy* pela defesa das políticas do álcool e da proteção da saúde dos cidadãos. Muitas dessas instituições temem a defesa ou confronto de ideais que não sejam estritamente ligados aos interesses dos seus membros ou que possam prejudicar a sua relação nas atividades que desempenham junto do Estado, relegando por vezes a causa dos PLA e o interesse público que lhes dizem respeito. Estes atores necessitam de *empoderamento* para ocupar o seu lugar nas políticas públicas e poderem colaborar conjuntamente para o bem-público. A capacitação das organizações e de seus membros ativos precisa ser desenvolvida para melhorar os seus níveis de atuação e *advocacy*.

A Indústria do Alcool possui um poder global e uma estrutura económica que domina quase todos os contextos em que estão inseridas. Não seria de esperar uma atitude menos agressiva numa área de extrema importância para o desenvolvimento do negócio. A sua interferência nas políticas do álcool se faz a nível global e se reflete a nível nacional e local, não o contrário. Tentar os demover ou negociar as suas estratégias pré-estabelecidas é normalmente infrutífero, já que estas foram previamente estabelecidas e estão em plena aplicação quando os governos e autoridades públicas discutem as políticas do álcool a desenvolver.

Todos os atores sociais que lidam com a Indústria do Alcool deveriam estar conscientes das estratégias desta para manter ou aumentar o seu mercado e público-alvo, em prejuízo da Saúde Pública. Também deveriam conhecer as estratégias que são utilizadas para influenciar as políticas do álcool a seu favor, de modo que não colaborassem com elas mesmo que por inércia.

O principal papel da Indústria do Alcool nas políticas do álcool é o de ser consultada sobre a sua colaboração na execução das ações que lhes são destinadas pelas políticas

públicas estabelecidas. A OMS já deixou claro o tipo de relacionamento que tem estabelecido com a Indústria do Álcool e propõem que seus membros estabeleçam (Babor, 2010; WHO, 2007):

A OMS continua a sua prática de não colaboração com os vários setores da Indústria do Álcool. Qualquer interação deve ser confinada a discussão sobre a contribuição que a Indústria do Álcool pode fazer para reduzir os danos ligados ao álcool apenas no contexto do seu papel como produtor, distribuidor, e publicitário do álcool, e não em termos de desenvolvimento de políticas do álcool ou promoção da saúde.

WHO Collaborative Committee on Problems Related to Alcohol Consumption, 2007

Tradução livre

A UE, desde 2007 estabeleceu um fórum em que a Indústria do Álcool tem assento, entre outros atores sociais, com o intuito de participar na prossecução das políticas públicas, modelo que foi seguido por Portugal através da criação do FNAS. Relativamente afastada da posição da OMS e dos principais especialistas internacionais, essa colaboração no FNAS é uma das situações que carecem de uma rigorosa definição de papéis e transparência em Portugal. Também as relações de proximidade estabelecidas com as autoridades responsáveis pelas políticas do álcool, os representantes dos governos e dos partidos da AR são pouco transparentes e passíveis de escrutínio.

A atuação da Indústria do Álcool e dos seus operadores em Portugal (como no plano internacional) é identificada como contrária a introdução de políticas do álcool em geral. As exceções relativas a algumas medidas ocorrem por razões estratégicas de proteção da sua imagem pública ou promoção indireta do consumo de bebidas alcoólicas.

O papel que os representantes da Indústria do Álcool desempenharam desde 2000, na vigência do PACA, foi de oposição a medidas restritivas do consumo em qualquer circunstância, fazendo uso de estratégias de contestação pública, de envolvimento das autoridades públicas em atividades rotuladas de prevenção e redução de danos ou de responsabilidade social para beneficiar a sua imagem e legitimidade e negociações para levar o governo e seus representantes a tomar partido a seu favor em tomadas de posição internacionais e supranacionais. Desde 2008, com a participação no FNAS, essa imagem de legitimidade de intervenção nas políticas do álcool foi reforçada, mas as investidas de alguns dos representantes da Indústria, nomeadamente do setor da cerveja e do vinho, junto do FNAS e de outras instâncias da administração pública e da governação para adiar as medidas previstas pelo PNRPLA ou promover tomadas de decisão diferentes das defendidas pelo FNAS foram públicas. Tudo isso dificulta o estabelecimento de relações de confiança entre a Indústria do Álcool e os governos, a administração pública e as ONGs, bem como o estabelecimento de compromissos sobre as políticas do álcool.

A perceção sobre a atuação dos grupos atores sociais envolvidos nas políticas do álcool, recolhida de um painel de atores sociais, apresentou resultados que corroboram alguns dos dados recolhidos na investigação e aqui relatados. Apesar de haver da parte dos governos uma resistência em criar e uma ineficiência em implementar as políticas do álcool, a administração pública tem feito um esforço, com os recursos disponíveis, para formular, defender, promover e implementar e manter as políticas públicas para reduzir os PLA ativos em Portugal. Assim essa influência positiva e de apoio às políticas do álcool é identificada. Da mesma forma é identificada a influência positiva e apoio para prossecução de políticas do álcool vinda da parte das ONGs e da Sociedade Civil Organizada, que acompanha o esforço dos organismos públicos. No caso da Indústria do Álcool, essa perceção é diferente e identifica como uma influência negativa e de oposição em grande parte das medidas, existindo algumas áreas onde, devido a iniciativas próprias da Indústria, é identificada uma posição mais neutra ou relativamente positiva. Nessas áreas em que a Indústria têm desenvolvido medidas próprias, como campanhas para promover o consumo com moderação, a adoção de códigos de autorregulação da publicidade ou campanhas para redução de danos na condução sob o efeito do álcool

(condutor designado), elas são comumente questionáveis em termos de efetividade e de princípios.

Essas percepções demonstram também alguma homogeneidade de atuação dos atores sociais do setor público e das ONGs em apoiar igualmente todas as intervenções, possuam efetividade ou não, estejam recomendadas ou sejam consideradas como secundárias ou dependentes de determinadas condições para apresentar resultados. Esse apoio indistinto reforça a ideia que existe uma necessidade de consciencializar esses atores sociais para que estes consigam definir prioridades e selecionar intervenções mais adequadas e promissoras no extenso leque de propostas existentes.

Para encerrar este capítulo que procura elencar contribuições para uma estratégia de desenvolvimento das políticas do álcool é relevante constatar que a percepção dos atores sociais, expressa através das questões abertas do inquérito que lhes foi aplicado, corroboram e resumem muito dos resultados discutidos.

Segundo estes, as barreiras ao desenvolvimento de políticas do álcool em Portugal se referem a uma cultura e ambiente social propícios ao consumo e estimulado pela Indústria do Álcool e seu marketing agressivo, ao mesmo tempo que é identificado um desinvestimento no sistema de saúde e nas intervenções relacionadas com os PLA, com falta de uma liderança e alinhamento estratégico.

De acordo com os mesmos atores, as mudanças globais necessárias para que se possa desenvolver as políticas do álcool em Portugal se prendem à presença da vontade política para lidar com os PLA construtivamente, ao comprometimento do Ministério da Saúde com a resolução do problema, à participação ativa e coordenada da sociedade civil organizada em torno das políticas do álcool, à inibição das interferências da Indústria do Álcool e da sua influência na governação, à eliminação dos conflitos de interesses presentes nos governos, ao desenvolver de políticas locais centradas nos cidadãos e ao aumento da consciencialização pública e da formação dos profissionais sobre os PLA e as políticas do álcool.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- A.A. - Estimates of A.A. groups and members as of January 1, 2015. General Service Office of Alcoholics Anonymous, 2015. Available at http://www.aa.org/pages/en_US/pressmedia . Accessed in 20/08/2015.
- ALLAMANI, A. – Policy implications of the ECAS results: a Southern European perspective. In NORSTRÖM, T – Alcohol in Postwar Europe: Consumption, drinking patterns, consequences and policy responses in 15 European countries. European Comparative Alcohol Study – ECAS. Stockholm: National Institute of Public Health, 2002.
- ALLIN, S. *et al.* - Making decisions on public health: a review of eight countries. Brussels: World Health Organization, European Observatory on Health Systems and Policies, 2004.
- ALMEIDA, J.M.C. & XAVIER, M. - Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental: 1º Relatório. Lisboa: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa, 2014.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th edition. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. IV edition. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 1996.
- ANDERSON, P. - The beverage alcohol industry's social aspects organizations: A public health warning. A paper prepared by Dr Peter Anderson for the EURO CARE Alcohol Policy Working Party. London: The Global Alcohol Policy Alliance. *The Globe*, Issue 3, 2002.
- ANDERSON, P.; GUAL, A.. - Reflections on science and the governance of alcohol policy. *Addiction*, vol. 106 (Suppl. 1) (2011) p. 67-70.
- ANDERSON, P.; SCALFATO, E. - Alcohol and older people: a public health perspective. Vintage project report. Roma: Istituto Superiore di Sanità, Novembro 2010.
- ANDERSON, P.; BAUMBERG, B. – Alcohol in Europe: a public health perspective. A report for the European Commission. London: Institute of Alcohol Studies, June 2006. Available at: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/alcohol/documents/alcohol_europe.pdf . Accessed in 02/04/2014.
- ANDERSON, P.; BAUMBERG, B. – Stakeholders' views of alcohol policy. London: Institute of Alcohol Studies, November 2005. Available at: http://ec.europa.eu/health-eu/doc/alcoholineu_stakeholder_en.pdf . Accessed in 02/04/2014.
- ANDERSON, P.; CHISHOLM, D.; FUHR, D.C. - Effectiveness and cost-effectiveness of policies and programmes to reduce the harm caused by alcohol. *Lancet*, vol. 373 (2009) p. 2234-2246.
- ANDERSON, P.; MØLLER, L.; GALEA, G. (eds) - Alcohol in the European Union: Consumption, harm and policy approaches. Copenhagen: World Health Organization (Regional Office for Europe), 2012, 161 pages. Available at: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/alcohol-use/publications/2012/alcohol-in-the-european-union.-consumption,-harm-and-policy-approaches> . Accessed in 30/06/2014
- BABOR, T. – Alcohol research and the alcoholic beverage industry: issues, concerns and conflicts of interest. *Addiction*, 2009, vol. 104 (Suppl. 1) p. 34–47.

- BABOR, T. *et al.* - Alcohol: No Ordinary Commodity – a summary of the second edition. Alcohol and Public Policy Group. *Addiction*, vol. 105 (Issue 5): (2010^a) p. 769-779.
- BABOR, T. *et al.* - Alcohol: No Ordinary Commodity – a summary of the book. Alcohol and Public Policy Group. *Addiction*, vol. 98 (2003^a) p. 1343-1350.
- BABOR, T. *et al.* – Alcohol: no ordinary commodity. Research and public policy. New York: Oxford University Press, 2003.
- BABOR, T. *et al.* – Alcohol: no ordinary commodity. Research and public policy. Second Edition. New York: Oxford University Press, 2010.
- BABOR, T.; ROBAINA, K. - Annotated Bibliographies: II. Annotated Bibliography of the Alcohol Industry and Competing Interest. ISAJE - International Society of Addiction Journal Editors & University of Connecticut School of Medicine, 2015 . Available at <http://www.parint.org/isajewebsite/conflict3.htm> . Accessed in 20/05/2015.
- BABOR, T.F. *et al.* – AUDIT: the alcohol use disorders identification test. Geneva: WHO Department of Mental Health and Substance Dependence, 2001.
- BABOR, T.F. *et al.* – AUDIT: the alcohol use disorders identification test. Geneva: WHO Department of Mental Health and Substance Dependence, 2001.
- BABOR, T.F.; HIGGINS-BIDDLE, J.C. – Brief intervention for hazardous and harmful drinking: A manual for use in primary care. Geneva: WHO Department of Mental Health and Substance Dependence, 2001.
- BABOR, T.F.; HIGGINS-BIDDLE, J.C. – Brief intervention for hazardous and harmful drinking: A manual for use in primary care. Geneva: WHO Department of Mental Health and Substance Dependence, 2001a.
- BALSA, C. *et al.* – II Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, Portugal 2007. Lisboa: Ministério da Saúde. Instituto da Droga e da Toxicodependência, Coleção Estudos – Universidades, 2008.
- BALSA, C. *et al.* – III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, Portugal 2012. Lisboa: Ministério da Saúde. Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências, Coleção Estudos, 2014.
- BALSA, C. *et al.* – O Consumo de Bebidas Alcoólicas em Portugal. Prevalências e Padrões de Consumo, 2001-2007. Lisboa: Ministério da Saúde. Instituto da Droga e da Toxicodependência, Coleção Estudos – Universidades, 2011.
- BALSA, C., *et al.* – I Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Portuguesa 2001. Lisboa: Ministério da Saúde. Instituto da Droga e da Toxicodependência, Coleção Estudos – Universidades, 2003.
- BARRETO, M. - O conhecimento científico e tecnológico como evidência para políticas e atividades regulatórias em saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, vol. 9 (2) (Apr/June 2004) p. 329-338
- BECK, A.T. *et al.* – Therapy of substance abuse. New York: The Guilford Press, 1993.
- BERNIER, N.F.; CLAVIER, C. - *Public health policy research: making the case for a political science approach*. *Health Promotion International*, Vol. 26, 1 (2011) p. 109-116.
- BERRIDGE, V. – Dependência: história dos conceitos e teorias. In EDWARDS, G.; LADER, M. A. – A natureza da dependência de drogas. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- BERRIDGE, V. - The art of medicine: Drugs, alcohol, and the First World War. *The Lancet*, Volume 384, Issue 9957 (22 November 2014) p. 1840-1841. Available at [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(14\)62234-0/fulltext?rss=yes](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(14)62234-0/fulltext?rss=yes). Accessed in 03/02/ 2015.

- BLAS, E.; KURUP, A.S. (Eds.) - Equity, social determinants and public health programmes. Geneva: World Health Organization, 2010. Available at http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241563970_eng.pdf. Accessed in 20/03/2014.
- BOGDAN, R., BIKLEN, S. K. - Investigação qualitativa em educação. Porto: Porto Editora, 1994.
- BRUUN, K.; EDWARDS, G.; LUMIO, M.; MÄKELÄ, K.; PAN, L.; POPHAM, R.E.; ROOM, R.; SCHMIDT, W.; SKOG, O.; SULKUNEN, P.; ÖSTERBERG, E. - Alcohol Control Policies in Public Health Perspective. Helsinki: Finnish Foundation for Alcohol Studies, Volume 25, 1975. A collaboration with the World Health Organization (Regional Office for Europe) and the Addiction Research Foundation of Ontario, Canada.
- BURNS, H. - Towards a global alcohol policy: current directions. In BOYLE, P. *et al.* - Alcohol: Science, Policy and Public Health. Oxford, United Kingdom, Oxford University Press, 2013.
- BURRIS S, WAGENAAR AC, SWANSON J, IBRAHIM JK, WOOD J, MELLO, MM. Making the case for laws that improve health: a framework for public health law research. *Milbank Q.*, vol. 88(2) (2010) p. 169-210.
- BURRIS, S. *et al.* - Making the case for laws that improve health: a framework for public health law research. *Milbank Q.*, vol. 88(2) (2010) p. 169-210.
- BUSE, K.; MAYS, N., WALT G. - Making health policy. Berkshire, England: Open University Press, 2005.
- CARVALHO, A. – Álcool e Sinistralidade Rodoviária. In CLÍMACO, M.I.; RAMOS, L.M. (Coord.) – Álcool, Tabaco e Jogo: do lazer aos consumos de risco. Coimbra: Quarteto Editora, 2003a.
- CARVALHO, A. – Bebidas alcoólicas: Problema de Saúde Pública. In CLÍMACO, M.I.; RAMOS, L.M. (Coord.) – Álcool, Tabaco e Jogo: do lazer aos consumos de risco. Coimbra: Quarteto Editora, 2003.
- CARVALHO, A. – Evolução da legislação sobre o álcool. In FERREIRA-BORGES, C; CUNHA FILHO, H. – Alcoolismo e Toxicodependência: Manual Técnico 2. Lisboa: Climepsi, 2004a.
- CARVALHO, A. – Políticas públicas sobre o álcool. In FERREIRA-BORGES, C; CUNHA FILHO, H. – Alcoolismo e Toxicodependência: Manual Técnico 2. Lisboa: Climepsi, 2004.
- CARVALHO, L.N. - Direito ao lobbying: teoria, meios e técnicas. Lisboa: Cosmos, 2000.
- CASSWELL, S. – Alcohol industry and alcohol policy. The challenge ahead. *Addiction*, vol. 104 (Suppl. 1) (2009) p. 3–5.
- CASSWELL, S. – Current status of alcohol marketing policy – an urgent challenge for global governance. *Addiction*, vol. 107 (2012) p. 478–485.
- CASSWELL, S.; YOU, R.Q.; HUCKLE, T. - Alcohol's harm to others: reduced wellbeing and health status for those with heavy drinkers in their lives. *Addiction*, vol. 106 (2011) p. 1087–94.
- CASTRO, M.; CLETO, C.; SILVA, N. - Segurança e Saúde do Trabalho e Prevenção do Consumo de Substâncias Psicoativas: Linhas Orientadoras para a Intervenção em Meio Laboral. Lisboa: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD), 2014.
- COMISSÃO EUROPEIA (2001c) - Recomendação da Comissão de 17 de Janeiro de 2001 relativa ao teor de álcool no sangue (TAS) máximo permitido aos condutores de

veículos a motor. [notificada com o número C(2000) 4397] (2001/115/CE). (Publicada no Jornal Oficial das Comunidades Europeias, L 43/31-36 de 14.2.2001).

COMMITTEE ON NATIONAL ALCOHOL POLICY AND ACTION (CNAPA) (2014) - Action Plan on Youth Drinking and on Heavy Episodic (Binge Drinking) 2014-2016. Endorsed by the Committee on National Alcohol Policy and Action (CNAPA) on 16 September 2014. Luxembourg: European Commission, Comité de Políticas Nacionais sobre Álcool e Ação, 2014.

COMUNIDADE EUROPEIA (2008) - Regulamento (CE) n.º 110/2008 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 15 de Janeiro de 2008. Relativo à definição, designação, apresentação, rotulagem e proteção das indicações geográficas das bebidas espirituosas e que revoga o Regulamento (CEE) n.º 1576/89 do Conselho.

CORTEZ-PINTO, H.; GOUVEIA, M.; VAZ CARNEIRO, A. - The Burden of Disease and the Cost of Illness Attributable to Alcohol Drinking: Results of a National Study. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, Vol. 34, Issue 8, (2010) p. 1442–1449. Available at <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1530-0277.2010.01229.x/abstract> . Accessed in 15/06/2013.

COUNCIL OF THE EUROPEAN UNION (2009) - Council conclusions of 1 December 2009 on alcohol and health (2009/C 302/07). Official Journal of the European Union, C 302 de 12.12.2009, p. 15.

CRESWELL, J. W. - Research design: qualitative and quantitative approaches. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications, 1994.

CRESWELL, J. W. - Research design: qualitative, quantitative and mixed methods approaches. 3rd edition. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications, 2009.

CUNHA FILHO H., FERREIRA-BORGES C. (coord.) - Gestão de problemas de saúde em meio escolar: organização de intervenções preventivas. Lisboa: Coisas de Ler, 2008.

CUNHA FILHO, H. - Determinantes da Saúde: o exemplo do tabaco nas perspectivas de controlo do álcool na Europa e em Portugal. Actas do I Congresso Nacional de Saúde Pública. Direção Geral da Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública e Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (orgs). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 14 e 15 de Abril de 2009.

CUNHA FILHO, H.; FERREIRA-BORGES, C. (Coord) – Gestão de Problemas de Saúde em Meio Escolar: Uso de Substâncias (Álcool, Tabaco e Outras Drogas). Lisboa: Coisas de Ler, 2009.

CUNHA FILHO, H.; MARQUES, R.F.; LOBATO FARIA, P. – Dificuldades políticas, éticas e jurídicas na criação e aplicação de legislação sobre álcool e tabaco: contributo para o desenvolvimento da investigação em Direito da Saúde Pública. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Vol. 18, nº 2 (2010) 205-218. Available at <http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/323/323v28n02a90000206pdf001.pdf> . Accessed in 20/07/2014.

CURIE, C. et al. (eds.) – Young people's health in context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey. Copenhagen: WHO, 2004.

CURIE, C. et al. (eds.) –. Health and Health Behaviour among Young People. Health Behaviour in School-aged Children: a WHO Cross-National study (HBSC): international report 1997/1998 survey. Copenhagen: WHO, 2000.

DELP, P.; THESEN, A.; MOTIWALLA, J.; SESHADRI, N. - Systems Tools for Project Planning. Program of advanced studies in institution building and technical assistance methodology, s/d.

DG HEALTH AND CONSUMERS (DG SANCO) (2012) - Assessment of the added value of the EU strategy to support Member States in reducing alcohol-related harm (Final report) / Luxembourg: COWI Consortium for DG Health and Consumers, December 2012, 252 pages.

DONÁRIO, A.; SANTOS, R. – Custo Económico e Social dos Acidentes de Viação em Portugal. Lisboa: Edual, 2012.

EDWARDS, G.; ANDERSON P.L.; BABOR, T.; CASSWELL, S.; FERRENCE, R.; GIESBRECHT, N. *et al.* - Alcohol Policy and the Public Good. Oxford Oxford University Press; 1994.

EDWARDS, G.; DARE, C. – Psicoterapia e tratamento de adições. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

EPRS - The EU's policy on alcohol. Brussels: European Parliamentary Research Service, 2014. Available at <http://epthinktank.eu/2014/02/25/the-eus-policy-on-alcohol/>. Accessed in 02/09/2014.

ESTREICHER, S.K.. - Wine from Neolithic Times to the 21st Century. New York: Algora Publishing, 2006.

EUROCARE - Eurocare papers, EU Alcohol Strategy: EU action plan 'ignores' decades of scientific advancement in alcohol policy (January 2014). Brussels. Eurocare, 2014. Available at http://www.eurocare.org/resources/eurocare_papers. Accessed in 30/01/2015.

EUROCARE -, Eurocare papers, EU Alcohol Strategy: Eurocare Response to Structure for the EU Alcohol Action Plan (January 2014). Brussels, Eurocare, 2014a. Available at http://www.eurocare.org/resources/eurocare_papers. Accessed in 30/01/2015.

EUROPEAN COMMISSION (2006) - Communication from the Commission to the Council, the European Parliament, the European Economic and Social Committee and the Committee of the regions. An EU strategy to support Member States in reducing alcohol related harm. COM(2006) 625 final.

EUROPEAN COUNCIL (2004)- Conclusions of the Council of 2 June 2004 on alcohol and young people (*In* Council of the European Union. 2586th Council Meeting Employment, Social Policy, Health and Consumer Affairs. Luxembourg: 1-2 June 2004. C 9507 (Presse 163). p. 40-41.

EUROPEAN COUNCIL (2001a) - Council Conclusions of 5 June 2001: on a Community strategy to reduce alcohol-related harm (C 175 de 20.06.2001).

EUROPEAN COUNCIL (2001)- Council recommendation of 5 June 2001 (2001/458/EC): on the drinking of alcohol by young people, in particular children and adolescents (L 161 de 16.06.2001).

EWING, J. A. - Detecting alcoholism: the CAGE questionnaire. *JAMA*, 252(14) (1984) p. 1905-1907.

EZZATI, M. *et al.* - Selected major risk factors and global and regional burden of disease. *The Lancet*, Vol. 360, Issue 9343 (2002) p. 1347-1360.

FAD – Información general para la prevención de drogodependências. Madrid: Fundación de Ayuda Contra la Drogadicción, 1997.

FEIJÃO, F. - *Inquérito nacional em meio escolar – 2006. Consumo de Drogas e outras substâncias psicoativas. II volume – Ensino Secundário*. Lisboa: Ministério da Saúde. Instituto da Droga e da Toxicodependência, 2009. Available at <http://www.sicad.pt/PT/EstatisticalInvestigacao/EstudosConcluidos/Paginas/default.aspx> . Accessed in 20/01/2015.

FEIJÃO, F. - *Inquérito nacional em meio escolar – 2011. Consumo de Drogas e outras substâncias psicoativas. I volume – 3.º Ciclo do Ensino Básico*. Lisboa: Ministério da Saúde. Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências, 2011. Available at

<http://www.sicad.pt/PT/EstatisticalInvestigacao/EstudosConcluidos/Paginas/default.aspx> .

Accessed in 20/01/2015.

FEIJÃO, F. - *Inquérito nacional em meio escolar – 2011. Consumo de Drogas e outras substâncias psicoativas. II volume – Ensino Secundário*. Lisboa: Ministério da Saúde. Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências, 2011. Available at

<http://www.sicad.pt/PT/EstatisticalInvestigacao/EstudosConcluidos/Paginas/default.aspx> .

Accessed in 20/01/2015.

FEIJÃO, F. & LAVADO, E. - *Inquérito nacional em meio escolar – 2001. Consumo de Drogas e outras substâncias psicoativas. I volume – 3.º Ciclo do Ensino Básico*. Lisboa: Presidência do Conselho de Ministros. Instituto Português da Droga e da Toxicodependência, 2003. Available at

<http://www.sicad.pt/PT/EstatisticalInvestigacao/EstudosConcluidos/Paginas/default.aspx> .

Accessed in 20/01/2015.

FEIJÃO, F. & LAVADO, E. - *Inquérito nacional em meio escolar – 2001. Consumo de Drogas e outras substâncias psicoativas. II volume – Ensino Secundário*. Lisboa: Presidência do Conselho de Ministros. Instituto Português da Droga e da Toxicodependência, 2003^a. Available at

<http://www.sicad.pt/PT/EstatisticalInvestigacao/EstudosConcluidos/Paginas/default.aspx> .

Accessed in 20/01/2015.

FEIJÃO, F. -. *Inquérito nacional em meio escolar – 2006. Consumo de Drogas e outras substâncias psicoativas. I volume – 3.º Ciclo do Ensino Básico*. Lisboa: Ministério da Saúde. Instituto da Droga e da Toxicodependência, 2009. Available at

<http://www.sicad.pt/PT/EstatisticalInvestigacao/EstudosConcluidos/Paginas/default.aspx> .

Accessed in 20/01/2015.

FERNANDES, A. J. - *Introdução à ciência política: teoria, métodos e temáticas*. Porto: Porto Editora, 2008.

FERREIRA BORGES, C; CUNHA FILHO, H. - Recursos comunitários e grupos de ajuda-mútua. *In* FERREIRA-BORGES, C.; CUNHA FILHO, H. (Orgs) – *Alcoolismo e Toxicodependência: Manual técnico*. Lisboa: Climepsi, 2004.

FERREIRA-BORGES, C. CUNHA FILHO, H. - Caracterização e perspectivas históricas. *In* FERREIRA-BORGES, C; CUNHA FILHO, H. – *Alcoolismo e Toxicodependência: Manual Técnico 2*. Lisboa: Climepsi, 2004.

FERREIRA-BORGES, C.; CUNHA FILHO, H. – *Intervenções Breves: Álcool e Outras Drogas. Manual técnico e CD-ROM*. Lisboa: Climepsi, 2007.

FORTIN, M. - *O processo de investigação: da concepção à realização*. Lisboa: Lusociência, 2000.

FRANCO, R.C. (Coord.) - *Diagnóstico das ONG em Portugal: Estudo sobre Organizações Não Governamentais realizado pela Universidade Católica Portuguesa, sob orientação de Raquel Campos Franco*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2015.

FRANCO, R.C. *et al.*- *O sector não lucrativo português numa perspectiva comparada*. Porto: Faculdade de Economia e Gestão da Universidade Católica Portuguesa no Porto e *Johns Hopkins University*, 2008.

FREIRE, D. - *Produzir e beber: a questão do vinho no Estado Novo*. Lisboa: Ancora Editora, 2010.

- GAMEIRO, A. – Hábitos de consumo de bebidas alcoólicas em Portugal: 1985, 1991, 1997. Lisboa, Editorial Hospitalidade, 1998.
- GASTELY, I. - Drink: a cultural history of alcohol. New York: Gotham Books, 2008.
- GELL, L. *et al.* - Alcohol's Harm to Others. A report for the Institute of Alcohol Studies produced by the University of Sheffield School of Health and Related Research (SchARR). London: Institute of Alcohol Studies, 2015.
- GIGLIOTTI, A.; BESSA, M.A. - Síndrome de Dependência do Álcool: critérios diagnósticos. *Rev Bras Psiquiatria*, vol. 26 (Supl I) (2004) p. 11-13.
- GOODWIN, D. – Alcoholism: the facts. 3rd edition. New York: Oxford University Press, 2000.
- GOODWIN, D.; GUZE, S. – Diagnóstico da doença mental. Porto Alegre: Artes Médicas, 1981.
- GORDON, R.; ANDERSON, P. - Science and alcohol policy: a case study of the EU Strategy on Alcohol. *Addiction*, vol. 106 (Suppl. 1) (2011) p. 55–66.
- GOUVEIA, M. *et al.* – Estudo comparativo dos custos e carga da doença do tabagismo e alcoolismo em Portugal. Apresentação no seminário “Portugal sem Fumo”, 15 de Setembro de 2008. Available at <http://www.hospitaldofuturo.com>. Accessed in 15/10/2008.
- GUO, R.; REN, J. - Alcohol and acetaldehyde in public health: From marvel to menace. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, vol. 7 (2010) 1285–1301.
- GUTJAHR, E.; GMEL, G. & REHM, J. - Relation between average alcohol consumption and disease: an overview. *European Addiction Research*, vol. 7(3) (2001) p. 117-127.
- HANSON, D.J. - Historical evolution of alcohol consumption in society. *In* BOYLE, P. *et al.* - Alcohol: Science, Policy and Public Health, pg.3-12. Oxford, United Kingdom: Oxford University Press, 2013.
- HANSON, D.J. - World Alcohol and Drinking History Timeline. *In* HANSON, D.J. - Alcohol Problems and Solutions. New York: Sociology Department, State University of New York, 2015 (Website). Available at <http://www.alcoholproblemsandsolutions.org/timeline/index.html> . Accessed in 11/03/2015.
- HIBELL, B. *et al.* – The 1999 ESPAD Report. Alcohol and other drug use among students in 26 countries. Stockholm: CAN - The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs and Council of Europe, 2000.
- HIBELL, B. *et al.* – The 1995 ESPAD Report. Alcohol and other drug use among students in 26 countries. Stockholm: CAN - The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs and Council of Europe, 1997.
- HIBELL, B., *et al.* – The 1999 ESPAD Report. Alcohol and other drug use among students in 26 countries. Stockholm: CAN – The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs and Council of Europe, 2000.
- HIBELL, B., *et al.* – The 2003 ESPAD Report. Alcohol and other drug use among students in 35 European countries. Stockholm: CAN – The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs and Council of Europe, 2004.
- HIBELL, B., *et al.* – The 2007 ESPAD Report. Alcohol and other drug use among students in 35 European countries. Stockholm: CAN – The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs and Council of Europe, 2009.
- HIBELL, B., *et al.* – The 2011 ESPAD Report. Alcohol and other drug use among students in 36 European countries. Stockholm: CAN – The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs and Council of Europe, 2012.

INEBRIA - INEBRIA position statement on the alcohol industry. Barcelona, Spain: International Network on Brief Interventions for Alcohol Problems, 2015. Available at http://www.inebria.net/Du14/pdf/position_statement_on_the_alcohol_industry.pdf. Accessed in 20/05/2015.

INEBRIA - Report of the Working Group on the Alcohol Industry, Brief Interventions and INEBRIA (FINAL. MAY 23, 2014 2). Barcelona, Spain: International Network on Brief Interventions for Alcohol Problems, 2014. Available at <http://www.inebria.net/Du14/html/en/dir1336/doc3800.html> . Accessed in 20/05/2015.

JERNIGAN, D.H. - The global alcohol industry: an overview . *Addiction*, vol. 104 (Suppl. 1) (2009) p. 6–12.

JERNIGAN, D.H., MONTEIRO, M., ROOM, R., & SAXENA, S. - Towards a global alcohol policy: alcohol, public health and the role of WHO. *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 78(4) (2000) p. 491-499.

JEWELL, CHRISTOPHER J.; BERO, LISA A.- Developing Good Taste in Evidence: Facilitators of and Hindrances to Evidence-Informed Health Policymaking in State Government. *Milbank Quarterly*, vol. 86(2) (Jun 2008) p. 177-208.

KARLSSON, T.; ÖSTERBERG, E. - A scale of formal alcohol control policy in 15 European countries. *Nordisk alkohol & narkotikatidskrift*, (english supplement) vol. 18 (2001) p. 117-131.

KLINGEMANN, H. - Alcohol and its social consequences: the forgotten dimension. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2001.

KRAUS, L., *et al.* – The 2015 ESPAD Report: Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. The ESPAD Group. Luxembourg: European Monitoring Centre on Drugs and Drug Addiction, 2016.

KUUNDERS, M. (RIVM) – Summary. In EUPHIX – European Union Public Health Information System, EUphact. Bilthoven: RIVM, 15 May 2008. Available at http://www.euphix.org/object_document/o5226n29045.html. Accessed in 28/10/2008.

LEIFMAN, H., ÖSTERBERG, E., RAMSTEDT, M. – Alcohol in Post-war Europe: a discussion of indicators on alcohol consumption and alcohol-related harm. European Comparative Alcohol Study – ECAS. Final report. Stockholm: National Institute of Public Health, 2002.

LESSARD-HÉBERT, M.; GOYETTE, G. ; BOUTIN, G. - Investigação qualitativa: fundamentos e práticas. Lisboa: Instituto Piaget, 1994.

LIM, S.S. *et al.* - A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*, vol. 380 (2012) p. 2224–2260.

LONGENECKER, G. – Como agem as drogas: abuso de drogas e o corpo humano. São Paulo: Quark, 1998.

LONGEST, B. B. - Health policymaking in the United States. Chicago, IL: Health Administration Press, 1998.

LORING, B. - Alcohol and inequities: Guidance for addressing inequities in alcohol-related harm. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2014.

LUCAS, B. -Reducing discursive complexity: the case of alcohol policies in Europe (1850-2000), *In* MÜLLER, R. AND KLINGEMANN, H. (Eds.) - From Science to Action? 100 Years Later: Alcohol Policies Revisited, pg. 71–100. The Netherlands: Kluwer Academic Publishers, 2004.

LÜDKE M.; ANDRÉ, M. - Pesquisa em educação: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986.

MAMET, S.; GMEL, G; REHN, J. (Eds.) - Addiction and Lifestyles in Contemporary Europe: Reframing Addictions Project (ALICE RAP) - Prevalence of substance use, dependence and problematic gambling in Europe. Lausanne: Addiction Switzerland, 2014. Available at http://www.alicerap.eu/resources/documents/doc_download/157-deliverable-07-2-determinants-of-risky-substance-use-gambling-model-and-transition-probabilities.html . Accessed in 14/12/2015.

MARMOT, M.G. - Evidence based policy or policy based evidence? Willingness to take action influences the view of the evidence - look at alcohol. *BMJ*, vol. 328 (2004) p. 906–907.

MASCARENHAS, E. – Alcoolismo, drogas e grupos anónimos de mútua ajuda. 3.^a edição. São Paulo: Siciliano, 1990.

MATIAS DIAS, C. – A evolução dos consumos de bebidas alcoólicas e de etanol em Portugal Continental: dados dos inquéritos nacionais de saúde de 1987, 1996 e 1999. Comunicação apresentada no 1º encontro dos Centros de Alcoologia, Lisboa, 2003.

MATIAS DIAS, C. – Aspectos epidemiológicos do uso de álcool. In FERREIRA-BORGES, C; CUNHA FILHO, H. – Alcoolismo e Toxicodependência 2: Manual técnico. Lisboa: Climepsi, 2004.

MATIAS DIAS, C. - Distribuição conjunta de determinantes de saúde relacionados com comportamentos. Tese de Doutoramento. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa, 2011

MATOS, M. G. *et al.* - Aventura social & saúde: A saúde dos adolescentes portugueses – hoje e em 8 anos: Relatório preliminar do estudo HBSC 2006. Faculdade de Motricidade Humana/UTL, Lisboa, 2006.

MCGOVERN, P.E. *et al.* - Fermented Beverages of Pre-and Proto-historic China. *PNAS Early Edition (Proceedings of the National Academy of Sciences)*, vol. 101, nº. 51 (Dec 2004) p. 17593–17598. Available at <http://www.pnas.org/content/101/51/17593.full.pdf+html>. Accessed in 07/03/2014.

MELLO, M. L. *et al.* – Álcool e problemas ligados ao álcool em Portugal. Lisboa: Direcção Geral de Saúde, 2001.

MELLO, M.; BARRIAS, J.; BREDÁ, J. – Álcool e problemas ligados ao álcool em Portugal. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2001.

MILAM, J.; KETCHAM, K. – Alcoolismo: os mitos e a realidade, São Paulo: Nobel, 1991.

MILLER, P.G.; MOORE, D.; STRANG, J. - The regulation of research by funding bodies: an emerging ethical issue for the alcohol and other drug sector. *Int J Drug Policy*, vol. 17 (2006) p. 12-6.

MILLER, T. *et al.* – Social costs of underage drinking. *Journal of Studies on Alcohol*, vol. 67 (2006) p. 519-528.

MOREIRA, C.D. - Planeamento e estratégias da investigação social. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, Universidade Técnica de Lisboa, 1994.

MURRAY, C.; LOPEZ, A. – Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: global burden of disease study. *Lancet*, vol. 349 (1997) p. 1436–1442.

MURRAY, C.J.; LOPEZ, A.D. - The Global Burden of Disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020. Cambridge, MA: Harvard School of Public Health. (Global Burden of Disease and Injury Series, vol. I), 1996.

NAVARRO, H.J., DORAN, C.M., SHAKESHAFT, A.P. - Measuring costs of alcohol harm to others: A review of the literature. *Drug and alcohol dependence*, 114(2) (2011) p.87-99.

NORSTRÖM, T. (Ed.) – Alcohol in Post-war Europe: Consumption, drinking patterns, consequences and policy responses in 15 European countries. European Comparative Alcohol Study – ECAS. Stockholm: National Institute of Public Health, 2002.

OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE – Incertezas... Gestão da Mudança na Saúde. Relatório de Primavera 2004. Coimbra: Mar da Palavra, 2006.

OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE – O estado da Saúde e a saúde do Estado. Relatório de Primavera 2002. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, 2002.

OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE – Saúde que rupturas? Relatório de Primavera 2003. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, 2003.

OECD - Citizens as Partners: Information, Consultation and Public Participation in Policy-making. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development, 2001.

OLSSON, ORVAR - Book Reviews: An Alcohol Policy for the Public Good. GRIFFITH EDWARDS *et al.*: Alcohol Policy and the Public Good. Oxford Medical Publications. Oxford. University Press, Oxford 1994, 226 p. *Nordisk Alkoholtidskrift* (english supplement), vol. 12 (1995) p. 107-109. Available in <http://www.nsh.se/PageFiles/15409/Alcohol%20policy%20and%20the%20public%20good%20by%20Orvar%20Olsson.pdf> . Accessed in 05-11-2014.

ÖSTERBERG, E. - Alcohol-Related Problems in Cross-National Perspective: Results of the ISACE Study. In Alcohol and Culture: Comparative Perspectives from Europe and America. *Annals of the New York Academy of Sciences*, vol. 472 (July 1986) p. 10–20.

OSTERBERG, E. & SIMPURA, J. - Charter strategies evidence. The scientific evidence for the strategies in the European charter on alcohol. Copenhagen: WHO, Regional Office for Europe, 30 August 1999.

OXMAN, A.D.; LAVIS, J.N.; LEWIN S.; FRETHEIM A. - 1. What is evidence-informed policymaking? In: SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). *Health Research Policy and Systems*, 7 (Suppl 1) (2009) S1.

PAIM J. S.; TEIXEIRA, C. F. - Política, planeamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. *Revista Saúde Pública*; 40, Nº Esp (2006) 73-78.

PARLAMENTO EUROPEU E O CONSELHO DA UNIÃO EUROPEIA (2007) - Decisão nº 1350/2007/CE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 23 de outubro de 2007, que cria um segundo Programa de Ação Comunitária no domínio da Saúde (2008-2013). Jornal Oficial da União Europeia, L 301 de 20.11.2007, p. 3.

PARLAMENTO EUROPEU E O CONSELHO DA UNIÃO EUROPEIA (2002) - Decisão nº 1786/2002/CE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 23 de setembro de 2002, que aprova um programa de ação comunitária no domínio da saúde pública (2003-2008). Jornal Oficial da União Europeia, L 271 de 9.10.2002, p. 1.

PARLAMENTO EUROPEU E O CONSELHO DA UNIÃO EUROPEIA (2006) - Decision No 1982/2006/EC of the European Parliament and of the Council of 18 December 2006 concerning the Seventh Framework Programme of the European Community for research, technological development and demonstration activities (2007-2013). Official Journal of the European Union, L 412, 30.12.2006, p. 1.

PEREIRA, P.T. - Governabilidade, grupos de pressão e o papel do Estado. Apresentação Desenvolvida para o *I Encontro Nacional de Ciência Política*, Fundação Calouste Gulbenkian, Dezembro de 1999.

PESTANA, M. E GAGEIRO, J. - Análise de dados para Ciências Sociais: a complementaridade do SPSS. 4ª Edição. Lisboa: Sílabo, 2005.

PHILLIPS, M. - Palcohol. Available at <http://www.palcohol.com/home.html> . Accessed in 21/04/2014.

PHILLIPS, R. - Alcohol: A History. North Carolina: University of North Carolina Press, 2015.

PORTUGAL (1995) - Decreto-Lei nº 269/1995, de 19 de Outubro. D.R. Série I-A, n.º 242, pg. 6484-6486. Regulamenta o funcionamento dos Centros Regionais de Alcoologia.

PORTUGAL (1998) - Decreto Regulamentar 41/88, de 21 de Novembro. D.R., Série I-A nº 269. Cria os Centros Regionais de Alcoologia do Porto, Coimbra e Lisboa.

PORTUGAL (1999) - Decreto-Lei n.º 300/1999, de 5 de Agosto. D.R., Série I-A. n.º 181, pg. 5055-5068. Estabelece o regime fiscal relativo ao imposto sobre o álcool etílico e as bebidas alcoólicas (IABA) procedendo à fusão dos Decretos-Leis n.º 117/92, de 22 de Junho e 104/93, de 5 de Abril.

PORTUGAL (1999^a) - Decreto-Lei n.º 566/1999, de 22 de Dezembro. D.R., Série I-A. n.º 296, pg. 9182-9209. Procede à codificação do regime dos impostos especiais de consumo incidentes sobre o álcool e as bebidas alcoólicas, sobre os produtos petrolíferos e sobre os tabacos manufacturados.

PORTUGAL (1999^b) - Resolução do Conselho de Ministros 40/99, de 8 de Maio. D.R., Série I-B, n.º 107, pg. 2398. Estabelece uma Comissão Interministerial para analisar e integrar os múltiplos aspetos associados a luta contra o alcoolismo.

PORTUGAL (2000) - Resolução da Assembleia da República nº 76/2000, de 18 de Novembro. D.R., Série I-A nº 267, pg. 6584. Combate ao alcoolismo.

PORTUGAL (2000^a) - Resolução do Conselho de Ministros 166/2000, de 29 de Novembro. D.R., Série I-B, n.º 276, pg. 6837-6841. Plano de Acção Contra o Alcoolismo (PACA).

PORTUGAL (2000^b) - Decreto-Lei nº 318/2000, de 14 de Dezembro. D.R., Série I-A nº 287, pg. 7188-7192. Constitui a rede alcoológica nacional.

PORTUGAL (2001) - Decreto-Lei n.º 332/2001, de 24 de Dezembro. D.R., Série I-A. n.º 296, pg. 8410-8411. Altera o Código da Publicidade, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 330/90 de 23 de Outubro.

PORTUGAL (2002) - Decreto-Lei n.º 9/2002, de 24 de Janeiro. D.R., Série I-A. n.º 20, pg. 483-486. Estabelece restrições à venda e consumo de bebidas alcoólicas e altera os Decretos-Lei n.º 122/79, de 8 de Maio, n.º 25/86 de 25 de Agosto, n.º 168/97, de 4 de Julho e n.º 370/90, de 18 de Setembro.

PORTUGAL (2002^a) - Portaria n.º 390/2002, de 11 de Abril. D.R., Série I-B. nº 85, pg. 3551-3553. Regulamenta as prescrições mínimas em matéria de consumo, disponibilização e venda de bebidas alcoólicas nos locais de trabalho da Administração Pública.

PORTUGAL (2005) - Decreto Regulamentar n.º 7/2005, de 10 de Agosto. D.R. Série I-B, N.º 153, pg. 4611-4613. Cria o Alto Comissariado da Saúde (ACS) e define entre as suas funções coordenar e articular as políticas públicas de preparação e execução do Plano Nacional de Saúde 2004-2010.

PORTUGAL (2006) - Resolução de Conselho de Ministros n.º 39/2006, de 30 de Março. D.R., Série I-B nº 79, pg. 2834-2865. Aprova, no âmbito do Programa de Reestruturação da Administração Central do Estado (PRACE), as orientações gerais e especiais para a reestruturação dos ministérios.

PORTUGAL (2006^a) - Decreto-Lei nº 212/2006, de 27 de Outubro. D.R., Série I. nº 208, pg. 7517-7525. Aprova a Lei Orgânica do Ministério da Saúde.

PORTUGAL (2007^a) - Decreto-Lei nº 221/2007, de 29 de Maio. D.R., Série I. nº 103, pg. 3516-3519. Mantém o Instituto da Droga e da Toxicodependência e que passa agora a designar-se Instituto da Droga e da Toxicodependência, I. P., absorvendo as atribuições dos Centros de Alcoologia do Centro, Norte e Sul que são extintos.

PORTUGAL (2007^b) - Decreto Regulamentar 66/2007, de 29 de Maio. D.R., Série I. nº 103, pg. 3504-3506. Define a missão, atribuições e tipo de organização interna da Direcção-Geral da Saúde.

PORTUGAL (2007^c) - Portaria 644/2007 de 30 de Maio. D.R., Série I. nº 104, pg. 3576-3577. Estabelece a estrutura nuclear da Direcção-Geral da Saúde e as competências das respetivas unidades orgânicas.

PORTUGAL (2007^d). Portaria nº 648/2007 de 30 de Maio. D.R., Série I. nº 104, pg. 3588-3590. Estatutos do Instituto da Droga e da Toxicodependência.

PORTUGAL (2008). Despacho normativo n.º 51/2008 de 1 de Outubro. D.R., Série 2. nº 190, pg. 40847-40851. Regulamento de Organização e Funcionamento do IDT, I.P.

PORTUGAL (2012) - Decreto-Lei n.º 17/2012 de 26 de janeiro. D.R. Série I, N.º 19, pg. 478-480. Cria o SICAD um serviço central do Ministério da Saúde, integrado na administração direta do Estado, dotado de autonomia administrativa.

PORTUGAL (2013) - Decreto -Lei n.º 50/2013, de 16 de abril. D.R., Série I. nº 74, pg. 2203-2206. Define o regime jurídico de disponibilização, venda e consumo de bebidas alcoólicas em locais públicos e em locais abertos ao público. Introduce alterações ao Decreto-Lei n.º 9/2002 de 24 de janeiro.

PORTUGAL (2013^a) - Lei n.º 72/2013, de 3 de setembro. D.R., Série I. nº 169, pg. 5446-5499. Décima terceira alteração ao Código da Estrada, aprovado pelo Decreto -Lei n.º 114/94, de 3 de maio, e primeira alteração ao Decreto -Lei n.º 44/2005, de 23 de fevereiro.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. ALTO COMISSARIADO DA SAÚDE. COORDENAÇÃO NACIONAL PARA A SAÚDE MENTAL. - Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 — Resumo Executivo Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental, 2008.

PORTUGAL. ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA (2002) - Lei nº 32-A/2002, de 30 de Dezembro. D.R., Série I-A nº 301. Aprova as Grande Opções do Plano para 2003-2006.

PORTUGAL. INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA - Estatísticas Demográficas 2007 (2002-2007). Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, 2008.

PORTUGAL. INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA - Estatísticas Demográficas 2010. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, 2012.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA ADMINISTRAÇÃO INTERNA. DIREÇÃO GERAL DE VIAÇÃO – Sinistralidade Rodoviária 1999. Elementos Estatísticos. Lisboa: Direcção Geral de Viação, Observatório de Segurança Rodoviária, 1999.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA ADMINISTRAÇÃO INTERNA. DIREÇÃO GERAL DE VIAÇÃO – Sinistralidade Rodoviária 2000. Elementos Estatísticos. Lisboa: Direcção Geral de Viação, Observatório de Segurança Rodoviária, 2000.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA ADMINISTRAÇÃO INTERNA. DIREÇÃO GERAL DE VIAÇÃO – Sinistralidade Rodoviária 2001. Elementos Estatísticos. Lisboa: Direcção Geral de Viação, Observatório de Segurança Rodoviária, 2001.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA ADMINISTRAÇÃO INTERNA. DIREÇÃO GERAL DE VIAÇÃO – Sinistralidade Rodoviária 2002. Elementos Estatísticos. Lisboa: Direção Geral de Viação, Observatório de Segurança Rodoviária, 2002.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA ADMINISTRAÇÃO INTERNA. DIREÇÃO GERAL DE VIAÇÃO – Sinistralidade Rodoviária 2003. Elementos Estatísticos. Lisboa: Direção Geral de Viação, Observatório de Segurança Rodoviária, 2003.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA ADMINISTRAÇÃO INTERNA. DIREÇÃO GERAL DE VIAÇÃO – Sinistralidade Rodoviária 2004. Elementos Estatísticos. Lisboa: Direção Geral de Viação, Observatório de Segurança Rodoviária, 2004.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA ADMINISTRAÇÃO INTERNA. DIREÇÃO GERAL DE VIAÇÃO – Sinistralidade Rodoviária 2005. Elementos Estatísticos. Lisboa: Direção Geral de Viação, Observatório de Segurança Rodoviária, 2005.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE - Determinantes da Saúde na União Europeia: Actas da Conferência de Évora. Lisboa: Ministério da Saúde, 2000a.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE - Plano Nacional de Saúde 2004-2010. Lisboa: Ministério da Saúde, 2004. Available at <http://www.acs.min-saude.pt> . Accessed in 01-09-2007.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE - Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental em Portugal: Plano de Acção 2007-2016. Relatório da Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental. Lisboa: Ministério da Saúde, 12 de Abril de 2007.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. ADMINISTRAÇÃO CENTRAL DO SISTEMA DE SAÚDE - Sistema de Classificação de Doentes em Grupos de Diagnósticos Homogéneos (GDH). Informação de Retorno: Ano 2006. Lisboa: Ministério da Saúde. Administração Central do Sistema de Saúde, 2007.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. ALTO COMISSARIADO DA SAÚDE - Implementação do Plano Nacional de Saúde: Um roteiro estratégico para a Fase II – 2004/2006. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde, Novembro de 2005.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. ALTO COMISSARIADO DA SAÚDE - Plano Nacional da Saúde 2004-2010. Indicadores e metas. Lisboa: Ministério da Saúde. Alto Comissariado da Saúde, 2010. Available at <http://impns.dgs.pt/doencas-mentais/mortalidade-por-doencas-atribuveis-ao-alcool-antes-dos-65-anos> . Accessed in 20/06/2013.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ESTUDOS E PLANEAMENTO DA SAÚDE - – Inquérito Nacional de Saúde 1987: dados gerais. Lisboa: Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde (DEPS), 1990.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE – Inquérito Nacional de Saúde 1995/1996: dados gerais. Lisboa: Direcção Geral da Saúde (DGS), 1998.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE - Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos. Vol. I - Prioridades, 88 p. Vol. II - Orientações estratégicas, 216 p. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2004.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE – Saúde em Portugal: uma Estratégia da Saúde para o virar do século 1998-2002. Lisboa: Direcção Geral da Saúde (DGS), 1998a.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. INSTITUTO DA DROGA E DA TOXICODEPENDÊNCIA - Rede de Referência/Articulação para os Problemas

Ligados ao Álcool. Lisboa: Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT), Maio de 2011.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. INSTITUTO DA DROGA E DA TOXICODEPENDÊNCIA - Plano Nacional de Redução dos Problemas Ligados ao Álcool 2009-2012. Lisboa: Ministério da Saúde – Instituto da Droga e da Toxicodependência, Fevereiro de 2009.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. INSTITUTO DA DROGA E DA TOXICODEPENDÊNCIA - Plano Nacional de Redução dos Problemas Ligados ao Álcool 2010-2012. Lisboa: Ministério da Saúde – Instituto da Droga e da Toxicodependência, Maio de 2010. Available at <http://www.sicad.pt> . Accessed in 09-06-2013.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. INSTITUTO DE GESTÃO INFORMÁTICA E FINANCEIRA DA SAÚDE. – Serviços Psiquiátricos: Estatística do Movimento Assistencial 2003. Lisboa: Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde. *Departamento de Consolidação e Controlo de Gestão do SNS*, 2003.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. INSTITUTO DE GESTÃO INFORMÁTICA E FINANCEIRA DA SAÚDE. – Serviços Psiquiátricos: Estatística do Movimento Assistencial 2004. Lisboa: Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde . *Departamento de Consolidação e Controlo de Gestão do SNS*, 2004.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. INSTITUTO DE GESTÃO INFORMÁTICA E FINANCEIRA DA SAÚDE. – Serviços Psiquiátricos: Estatística do Movimento Assistencial 2005. Lisboa: Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde. *Departamento de Consolidação e Controlo de Gestão do SNS*, 2005.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. INSTITUTO DE GESTÃO INFORMÁTICA E FINANCEIRA DA SAÚDE - Grupos de Diagnósticos Homogéneos: Relatório Nacional de 2003. Lisboa: Ministério da Saúde. Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde, 2005.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. INSTITUTO DE GESTÃO INFORMÁTICA E FINANCEIRA DA SAÚDE - Grupos de Diagnósticos Homogéneos: Relatório Nacional de 2004. Lisboa: Ministério da Saúde. Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde, 2005.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. INSTITUTO DE GESTÃO INFORMÁTICA E FINANCEIRA DA SAÚDE - Grupos de Diagnósticos Homogéneos: Relatório Nacional de 2005. Lisboa: Ministério da Saúde. Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde, 2006.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE DR. RICARDO JORGE - OBSERVATÓRIO NACIONAL DE SAÚDE & INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA – Inquérito Nacional de Saúde 2014: dados gerais. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (INSA) - Observatório Nacional de Saúde & Instituto Nacional de Estatística (INE), 2015.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE DR. RICARDO JORGE - OBSERVATÓRIO NACIONAL DE SAÚDE & INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA – Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006: dados gerais. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (INSA), Observatório Nacional de Saúde e Instituto Nacional de Estatística (INE), 2007.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE DR. RICARDO JORGE – Inquérito Nacional de Saúde 1998/1999: dados gerais. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (INSA), Observatório Nacional de Saúde, 2000.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE DR. RICARDO JORGE – Inquérito Nacional de Saúde 1998/1999: dados gerais. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (INSA), Observatório Nacional de Saúde, 2000.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE DR. RICARDO JORGE - OBSERVATÓRIO NACIONAL DE SAÚDE & INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA – Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006: dados gerais. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (INSA), Observatório Nacional de Saúde e Instituto Nacional de Estatística (INE), 2007.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SERVIÇO INTERVENÇÃO EM COMPORTAMENTOS ADITIVOS E DEPENDÊNCIAS - Relatório 2010-2012: Fórum Nacional Álcool e Saúde. Lisboa: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD), 2013^a.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SERVIÇO INTERVENÇÃO EM COMPORTAMENTOS ADITIVOS E DEPENDÊNCIAS - Rede de Referência/Articulação no âmbito dos Comportamentos Aditivos e das Dependências. Lisboa: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD), Maio de 2013.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SERVIÇO INTERVENÇÃO EM COMPORTAMENTOS ADITIVOS E DEPENDÊNCIAS - Sinopse Estatística: Portugal 2013. Lisboa: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências, Divisão de Estatística e Investigação, 2015^a. Available at http://www.sicad.pt/BK/EstatisticalInvestigacao/Documents/2015/Sinopse%20Estatistica_2013_pt.pdf . Accessed in 20/09/2015.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SERVIÇO INTERVENÇÃO EM COMPORTAMENTOS ADITIVOS E DEPENDÊNCIAS - Sinopse Estatística: Portugal 2014. Lisboa: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências, Divisão de Estatística e Investigação, 2016. Available at http://www.sicad.pt/PT/EstatisticalInvestigacao/Documents/Sinopse%20Estatistica_2014_PT.pdf . Accessed in 20/05/2016.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SERVIÇO INTERVENÇÃO EM COMPORTAMENTOS ADITIVOS E DEPENDÊNCIAS - Relatório Anual 2014: A Situação do País em Matéria de Álcool. Lisboa: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências, Divisão de Estatística e Investigação, 2015. Available at http://www.sicad.pt/BK/EstatisticalInvestigacao/Documents/2015/Sinopse%20Estatistica_2013_pt.pdf . Accessed in 20/03/2016.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SERVIÇO INTERVENÇÃO EM COMPORTAMENTOS ADITIVOS E DEPENDÊNCIAS - Relatório Anual 2013: A Situação do País em Matéria de Álcool. Lisboa: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências, Divisão de Estatística e Investigação, 2014. Available at http://www.sicad.pt/BK/Publicacoes/Lists/SICAD_PUBLICACOES/Attachments/74/Relatorio Anual 2013 A%20Situacao do Pais em Matéria de %C3%81lcool.pdf . Accessed in 20/09/2015.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA ADMINISTRAÇÃO INTERNA. AUTORIDADE NACIONAL DE SEGURANÇA RODOVIÁRIA - Anuário de Segurança Rodoviária 2013. Lisboa: Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária, 2014. Available at <http://www.ansr.pt/SegurancaRodoviaria/Publicacoes/Pages/default.aspx> . Accessed in 10/12/2015.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA ADMINISTRAÇÃO INTERNA. AUTORIDADE NACIONAL DE SEGURANÇA RODOVIÁRIA - Análise Evolutiva das Estatísticas de Sinistralidade

Rodoviária e a Redução da Taxa de Alcoolemia. Apresentado no Colóquio “Os jovens e o álcool” (03-06-2014, organizado pela ANEBE (Associação Nacional de Empresas de Bebidas Espirituosas). Lisboa, Auditório do Edifício Novo da Assembleia da República, 2014^a.

PORTUGAL. SISTEMA DE SEGURANÇA INTERNA - Relatório Anual de Segurança Interna 2010. Lisboa: Sistema de Segurança Interna, 2011. Available at http://www.parlamento.pt/documents/XIILEG/RASI_%202010.pdf . Accessed in 10/12/2015.

PORTUGAL. SISTEMA DE SEGURANÇA INTERNA - Relatório Anual de Segurança Interna 2011. Lisboa: Sistema de Segurança Interna, 2012. Available at http://www.portugal.gov.pt/media/555724/2012-03-30_relato_anual_seguranca_interna.pdf . Accessed in 10/12/2015.

PORTUGAL. SISTEMA DE SEGURANÇA INTERNA - Relatório Anual de Segurança Interna 2013. Lisboa: Sistema de Segurança Interna, 2014. Available at <http://www.portugal.gov.pt/media/1391220/RASI%202013.pdf> . Accessed in 10/12/2015.

PORTUGAL. SISTEMA DE SEGURANÇA INTERNA -. Relatório Anual de Segurança Interna 2012.] Lisboa: Sistema de Segurança Interna, 2013. Available at http://www.portugal.gov.pt/media/904058/20130327_RASI%202012_vers%C3%A3o%20final.pdf . Accessed in 10/12/2015.].

RAMOS, S.P; BERTOLETE, J. – Alcoolismo hoje. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

RAMSTEDT, M. – Álcool e mortalidade na EU: resultados do projecto ECAS. In Portugal. Ministério da Saúde - Determinantes da Saúde na União Europeia: actas da conferência de Évora. Lisboa: Ministério da Saúde, 2000.

REHFELDT, K. – Álcool e trabalho: prevenção e administração do alcoolismo na empresa. São Paulo: EPU, 1989.

REHM J *et al.* - The relationship of average volume of alcohol consumption and patterns of drinking to burden of disease: an overview. *Addiction*, vol. 98 (2003) p.1209-1228.

REHM, J, *et al.* - Alcohol as a risk factor for global burden of disease. *Eur Addict Res*, vol. 9(4) (2003b) p. 157-164.

REHM, J, *et al.* - Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol use disorders. *The Lancet*, vol. 373 Issue 9682 (2009) p. 2223–2233.

REHM, J. *et al* - Alcohol-related morbidity and mortality. *Alcohol Research and Health*, 27(1) (2003a) p. 39-51.

REHM, J. *et al.* - Alcohol. In: EZZATI M *et al.* (eds) - Comparative Quantification of Health Risks: Global and Regional Burden of Disease Due to Selected Major Risk Factors. Geneva: World Health Organisation, 2004.

REHM, J. *et al.* - Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders. *The Lancet*, vol. 373 (9682) (2009) p. 2223–2233.

REHM, J. *et al.* - The relation between different dimensions of alcohol consumption and burden of disease – an overview. *Addiction*, vol. 105 (2010a) p. 817–43.

REHM, J.; KANTERES, F.; LACHENMEIER, D.W. - Unrecorded consumption, quality of alcohol and health consequences. *Drug Alcohol Rev.*, vol. 29 (2010) p. 426–36.

REHM, J.; MONTEIRO, M.; ROOM, R. *et al* - Steps towards constructing a global comparative risk analysis for alcohol consumption: determining indicators and empirical weights for patterns of drinking, deciding about theoretical minimum, and dealing with different consequences. *Eur Addict Res*, vol. 7 (2001) p. 138–47.

REHM, J.; ROOM, R.; MONTEIRO, M. *et al* - Alcohol use. pg. 959–1109. In EZZATI, M.; LOPEZ, A.D.; RODGERS, A.; MURRAY, C.J.L. (eds) - Comparative quantification of health risks. Global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors (vol 1). Geneva: World Health Organization, 2004.

REHM, J.; TAYLOR, B.; PATRA, J. - Volume of alcohol consumption, patterns of drinking and burden of disease in the European Region 2002. *Addiction*, vol. 101(8) (2006) p. 1086-95.

RENH, N.; ROOM, R.; EDWARDS, G. - Alcohol in the European region: consumption, harm and policies. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2001.

ROMANO, M.; LARANJEIRA, R. - Livros: Alcohol no ordinary commodity - Research and public policy. THOMAS BABOR *et al*. Oxford: Oxford University Press; 2003. *Rev Bras Psiquiatria*, vol. 26(4) (2004) p. 280-283.

ROOM, R. – A hazardous commodity with culture-bound effects: policy implications of ECAS. In NORSTRÖM, T – Alcohol in Postwar Europe: Consumption, drinking patterns, consequences and policy responses in 15 European countries. European Comparative Alcohol Study – ECAS. Stockholm: National Institute of Public Health, 2002.

ROOM, R.; BABOR, T.; REHM, J. - Alcohol and public health. *The Lancet*, vol.365 (2005) p. 519-530.

ROOM, R.; REHM, J. – O álcool como determinante da saúde pública. In Portugal. Ministério da Saúde - Determinantes da Saúde na União Europeia: Actas da Conferência de Évora. Lisboa: Ministério da Saúde, 2000.

ROTH, A. – Alcohol in Europe 1992-1998: evaluation of the first European alcohol action plan. Copenhagen: WHO, Regional Office for Europe, 30 August 1999.

RUA, M. G. - Análise de políticas públicas: conceitos básicos. In: RUA, M. G.; CARVALHO, M.I.V. (Org.). O estudo da política: tópicos selecionados. Brasília: Paralelo 15, 1998.

RUA, M. G. - Políticas públicas. 2ª Edição. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração; UFSC, 2012.

SADOCK, B.; SADOCK, V.; RUIZ P. - Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 9th edition. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins, 2009.

SAITZ, R. – Medical and surgical complications of addiction. In GRAHAM, A. *et al*. – Principles of Addiction Medicine. 3rd Edition. Chevy Chase, MD: American Society of Addiction Medicine (ASAM), 2003.

SCHMIDT, L.A.; MÄKELÄ, P.; REHM, J.; ROOM, R. - Alcohol: equity and social determinants. In Blas, E.; Kurup, A.S. (Eds.) - Equity, social determinants and public health programmes. Geneva: World Health Organization, 2010. Available at http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241563970_eng.pdf. Accessed in 20/03/2014.

SILVEIRA, S. – Efeitos, sinais e sintomas do uso de álcool e outras drogas. In FERREIRA-BORGES, C; CUNHA FILHO, H. – Alcoolismo e Toxicodependência: Manual Técnico 2. Lisboa: Climepsi, 2004

SINGLE E., *et al*. - International Guidelines for Estimating the Costs of Substance Abuse. Second Edition. Geneva: World Health Organization, 2003.

STAKE, R. - The art of case study research. California: Sage Publications, 1995.

STAP - European Alcohol Policy. Utrecht: Dutch Institute for Alcohol Policy, 2014. Available at <http://www.stap.nl/en/home/european-alcohol-policy.html>. Accessed in 02/09/2014.

SZASZ, T – Drogas y ritual: la persecución ritual de drogas, adictos e inductores. Madrid: Fondo de cultura económica, 1990.

TIGERSTEDT, C.; KARLSSON, T.; MÄKELÄ, P.; ÖSTERBERG, E.; TUOMINEN, I. - Health in alcohol policies: the European Union and its Nordic Member States. In STÅHL, T.; WISMAR, M.; OLLILA, E.; LAHTINEN, E.; MELKAS, T.; LEPPÖ, K. (Editors) - Health in All Policies: prospects and potentials. Helsinki: Ministry of Social Affairs and Health & European Observatory on Health Systems and Policies, 2006.

UNODCCP – Demand reduction: a glossary of terms. New York: United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention. UN Publication, 2000.

W.K. KELLOGG FOUNDATION. Logic model development guide. [Internet]. Battle Creek (MI): W.K. Kellogg Foundation; 2004. [cited 2010 October 20]. Available from: <http://www.wkkf.org/knowledge-center/resources/2010/Logic-Model-Development-Guide.aspx>. Accessed n 15/01/2011.

WALT, G.; GILSON, L. – Reforming the health sector in developing countries: the central role of policy analysis. *Health policy and planning*, vol. 9: 4 (1994) p. 353-370.

WANLESS, D. - Securing Good Health for the Whole Population. Final Report. London: HMSO, 2004.

WHA. WORLD HEALTH ASSEMBLY - Report by the Secretariat to the 61st World Health Assembly - Strategies to reduce the harmful use of alcohol: A61/13. 20 Mar 2008. Available at http://www.who.int/substance_abuse/activities/public_health_alcohol/en/index.html. Accessed n 15/01/2009.

WHA. WORLD HEALTH ASSEMBLY - SIXTY-FIRST WORLD HEALTH ASSEMBLY. Resolution WHA61.4: Strategies to reduce harm use alcohol. 24 May 2008a. Available at http://www.who.int/substance_abuse/activities/public_health_alcohol/en/index.html. Accessed n 15/01/2009.

WHA. WORLD HEALTH ASSEMBLY -SIXTY-THIRD WORLD HEALTH ASSEMBLY. Resolution WHA63.13: Global strategy to reduce harmful use of alcohol. 21 May 2010. Available at http://www.who.int/substance_abuse/activities/globalstrategy/en/index.html.

WHO - Global Information System on Alcohol and Health (GISAH). Global Health Observatory Data Repository [online database]. Geneva: World Health Organization, Updated: September 2015. Available at <http://apps.who.int/gho/data/node.main-euro.GISAH?lang=en&showonly=GISAH>. Accessed in 01/06/2015.

WHO REGIONAL OFFICE FOR EUROPE - European health for all database (HFA-DB) [online database]. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe, Updated: September 2015. Available at <http://data.euro.who.int/hfadbf/> Accessed in 01/06/2015.

WHO REGIONAL OFFICE FOR EUROPE - European status report on alcohol and health 2010. Copenhagen: Regional Office for Europe of the World Health Organization, 2010a. Available at <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/disease-prevention/alcohol-use/publications/2010/european-status-report-on-alcohol-and-health-2010>. Accessed in 15/02/2011.

WHO REGIONAL OFFICE FOR EUROPE - *Evidence for the effectiveness and cost-effectiveness of interventions to reduce alcohol-related harm*. Copenhagen: Regional Office for Europe of the World Health Organization, 2009. Available at <http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/evidence-for-the-effectiveness-and-costeffectiveness-of-interventions-to-reduce-alcohol-related-harm>. Accessed in 15/02/2011.

WHO REGIONAL OFFICE FOR EUROPE - Framework for alcohol policy in the WHO European Region. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe, 2006. Available at http://www.euro.who.int/eprise/main/who/InformationSources/Publications/Catalogue/20060403_1 . Accessed in 15/01/2009.

WHO REGIONAL OFFICE FOR EUROPE - Handbook for action to reduce alcohol-related harm. Copenhagen: Regional Office for Europe of the World Health Organization, 2009^a. Available at http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0012/43320/E92820.pdf. Accessed in 15/02/2011.

WHO REGIONAL OFFICE FOR EUROPE - Health for all database. Copenhagen: Regional Office for Europe of the World Health Organization, 2010. Available at <http://data.euro.who.int/hfadbf/>. Accessed in 10/02/2011.

WHO REGIONAL OFFICE FOR EUROPE - Impact of economic crises on mental health. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2011.

WHO REGIONAL OFFICE FOR EUROPE - Status Report on Alcohol and Health in 35 European Countries. Copenhagen: Regional Office for Europe of the World Health Organization, 2013. Available at <http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/status-report-on-alcohol-and-health-in-35-european-countries-2013> . Accessed in 14-10-2013.

WHO REGIONAL OFFICE FOR EUROPE - The European health report 2012: charting the way to well-being. Copenhagen: Regional Office for Europe of the World Health Organization, 2013a. Available at <http://www.euro.who.int/en/what-we-publish/abstracts/european-health-report-2012-charting-the-way-to-well-being-the-executive-summary> . Accessed in 14-10-2013.

WHO REGIONAL OFFICE FOR EUROPE - WHO Regional Technical Consultation on a global strategy to reduce harmful use of alcohol, Meeting report. 20–23 April 2009. Copenhagen: Regional Office for Europe of the World Health Organization, 2009^b. Available at <https://extranet.who.int/iris/restricted/bitstream/10665/108578/1/E92876.pdf>. Accessed in 15/02/2011.

WHO REGIONAL OFFICE FOR EUROPE. - Declaration on Young People and Alcohol. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2001.

WHO REGIONAL OFFICE FOR EUROPE. - European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012–2020. Copenhagen: World Health Organization (Regional Office for Europe), 2012, 75 pages. Available at: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/alcohol-use/publications/2012/european-action-plan-to-reduce-the-harmful-use-of-alcohol-20122021>. Accessed in 30/06/2014.

WHO REGIONAL OFFICE FOR EUROPE. - European Alcohol Action Plan 1992-1999. Copenhagen: World Health Organization (Regional Office for Europe), 1992.

WHO REGIONAL OFFICE FOR EUROPE. - European Alcohol Action Plan 2000–2005. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1999 (document EUR/RC49/9).

WHO REGIONAL OFFICE FOR EUROPE. - European Charter on Alcohol adopted at the European Conference on Health, Society and Alcohol, Paris: World Health Organization (Regional Office for Europe), 12–14 December 1995.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION - Alcohol and Interpersonal Violence: Policy Briefing. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2005a.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION - Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10. Porto Alegre, Brasil: Artes Médicas, 1992.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION – European Alcohol Action Plan 2000-2005. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe, 2000. Available at http://www.euro.who.int/alcoholdrugs/Policy/20080807_4. Accessed in 15/01/2009

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION - Global Health Risks: mortality and burden of disease attributable to select major risks. Geneva: World Health Organization, 2009. Available at http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/global_health_risks/en/index.html. Accessed in 20/02/2011.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION - Global Status Report on Alcohol 1999. Geneva: World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse, 1999. Available at http://www.who.int/substance_abuse/publications/en/GlobalAlcohol_overview.pdf?ua=1. Accessed in 01-02-2014.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION - Global Status Report on Alcohol 2004. Geneva: World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse, 2004. Available at http://www.who.int/entity/substance_abuse/publications/en/Alcohol%20Policy%20Report.pdf?ua=1. Accessed in 01-02-2009

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION - Global Status Report on Alcohol and Health 2011. Geneva: World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse, 2011. Available at http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/msbgqrprofiles.pdf. Accessed in 15-06-2014.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION - Global Status Report on Alcohol and Health 2014. Geneva: World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse, 2014. Available at http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/. Accessed in 20-12-2014.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION - Global strategy to reduce harmful use of alcohol. Geneva: World Health Organization, 2010a. Available at http://www.who.int/substance_abuse/activities/gsrhua/en/. Accessed in 10/01/2012

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION - Neuroscience of psychoactive substance use and dependence. Geneva: World Health Organization, 2004b.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION - Problems Related to Alcohol Consumption. Report of a WHO Expert Committee. Who Technical Report Series, No. 650. Geneva: World Health Organization, 1980.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION - The world health report 2002: reducing risks, promoting healthy life. Geneva: World Health Organization, 2002. Available at <http://www.who.int/whr/2002/en/index.html>. Accessed in 20/11/2010.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION - Towards a common language in the field of addictions: nomenclature and classification. Sponsored session 5 - World Health Organization. Lisbon, FIL Meeting Centre: Lisbon Addiction 2015. 23-25 September 2015.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO Expert Committee on Problems Related to Alcohol Consumption. Second Report. WHO technical report series n° 944. Geneva: World Health Organization, 2007.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION - Alcohol policy in the WHO European Region: current status and the way forward. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe, 2005.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. – Global Status Report on Alcohol 2004. Geneva: World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse, 2004. Available at www.who.int/substance_abuse/publications/alcohol/en/. Accessed in 20/10/2010.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. – The world health report 2002: reducing risks, promoting healthy life. Geneva: World Health Organization, 2002.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. – CHOICE: CHOosing Interventions that are Cost Effective [web site]. Geneva: World Health Organization, 2012^a. Available at <http://www.who.int/choice/cost-effectiveness/en/>. Accessed in 15/06/2015.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. – GISAH: Global Information System on Alcohol and Health [web site]. Geneva, World Health Organization, 2012. Available at <http://www.who.int/gho/alcohol/en/index.html> . Accessed in 15/06/2015.

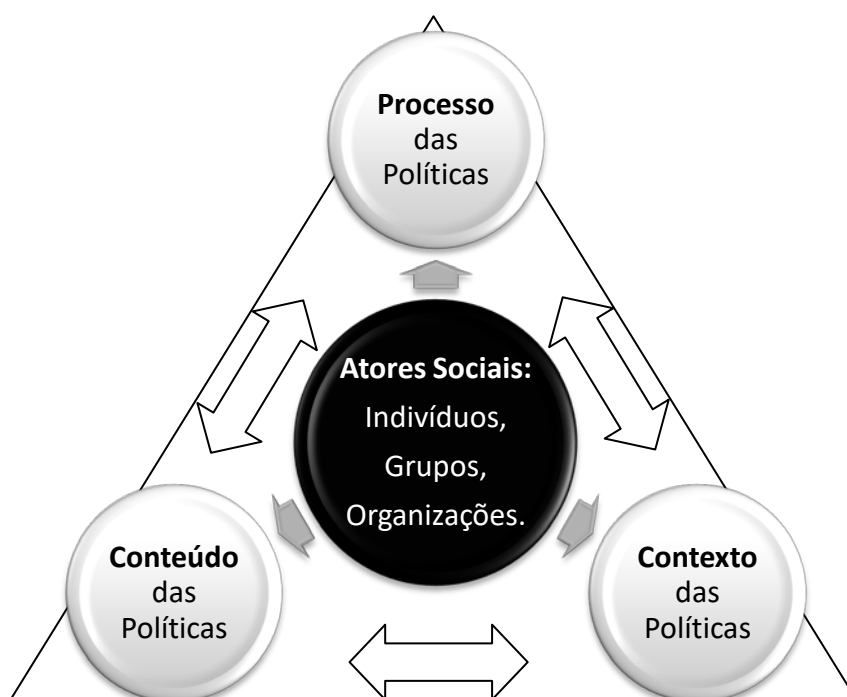
YIN, R. - Estudo de caso: planejamento e métodos. 2^a Edição. Porto Alegre: Bookman, 2001.

ZEIGLER, D. W. – The alcohol industry and trade agreements: a preliminary assessment. *Addiction*, vol.104 (Suppl. 1) (2009) p. 13-26.

ANEXOS

ANEXO 1 - TRIÂNGULO DE ANÁLISE POLÍTICA (WALT E GILSON, 1994)

O Triângulo de Análise Política (Walt e Gilson, 1994) sistematiza a multiplicidade de fatores – onde os atores sociais – Indivíduos, grupos e organizações – se encontram no centro da arena política e os assuntos ligados ao processo (i), aos conteúdos (ii) e aos contextos (iii) das políticas nos vértices do esquema, assinalando a importância com que estes se interrelacionam e se influenciam de forma a influenciar a política.



Esquema do “Triângulo de Análise Política” (adaptado de Walt e Gilson, 1994)

ANEXO 2 - ANÁLISE DAS ESTRATÉGIAS E INTERVENÇÕES NAS POLÍTICAS DO ÁLCOOL (BABOR ET AL., 2010, 2010^a)

Encontra-se a seguir uma compilação das medidas avaliadas no livro *Alcohol: no ordinary commodity: Research and public policy*, reeditado e em 2010, que estudou, reuniu e comparou as melhores investigações sobre as experiências desenvolvidas em diversos países a nível mundial (Babor et al., 2010, 2010^a).

As diferentes estratégias e intervenções são classificadas de acordo com os seguintes critérios:

- Evidência de efetividade (qualidade dos resultados de investigação e experimentação)²⁹⁶
- Abrangência da base de investigação (quantidade e consistência da investigação e experimentação)²⁹⁷
- Extensão das experiências transnacionais (experimentação em diferentes culturas, países, regiões e subgrupos populacionais)²⁹⁸
- Comentários

²⁹⁶ Evidência da efetividade: demonstração científica de que a aplicação de uma estratégia é capaz de produzir o efeito desejado, quer seja em condições ideais, que seja em situações reais, como por exemplo reduzir o consumo, os problemas relacionados ou os custos para a sociedade.

PONTUAÇÃO:

- 0 Evidência indica falta de efetividade
- + Evidência indica efetividade limitada
- ++ Evidência indica efetividade moderada
- +++ Evidência indica alto grau de efetividade
- ? Não há estudos controlados realizados ou a evidência é insuficiente para avaliação

²⁹⁷ Abrangência da base de investigação: refere-se a quantidade de estudos científicos e à consistência dos resultados, incluindo conflitos nas evidências; independe da efetividade; ou seja, uma determinada estratégia pode ter baixa efetividade e ter uma ampla evidência científica que legitima essa avaliação.

PONTUAÇÃO:

- 0 Sem estudos de efetividade realizados
- + Um ou dois estudos de efetividade bem desenhados foram concluídos
- ++ Vários estudos de efetividade bem desenhados foram concluídos, algumas vezes em diferentes países, mas não existem revisões de literatura integrativas disponíveis
- +++ Suficientes estudos de efetividade bem desenhados foram concluídos para permitirem revisões de literatura integrativas ou meta-análises.

²⁹⁸ Extensão das experiências transnacionais: significa que a evidência descrita pelos estudos sobre a intervenção tem origem em diferentes países, regiões, subgrupos e classes sociais.

PONTUAÇÃO:

- 0 A estratégia foi estudada em apenas um país
- + A estratégia foi estudada em pelo menos dois países
- ++ A estratégia foi estudada em vários países
- +++ A estratégia foi estudada em muitos países

Melhores práticas	Estratégias ou intervenções (2010)	Evidência de efetividade	Abrangência da base de investigação	Extensão das experiências transnacionais	Comentários
1	Preço, impostos e taxas (5)				Geralmente avaliado em termos de como o preço afeta o nível de consumo na população, os PLA e as preferências de bebidas
✓	Taxas sobre o álcool	+++	+++	+++	O aumento das taxas reduz o consumo de álcool e os danos. A efetividade depende da capacidade do governo em supervisionar e controlar a oferta de álcool (produção e distribuição e venda).
	Preço mínimo	?	+	0	Lógica com base na teoria do preço, mas há muito pouca evidência de efetividade. Legislação da concorrência e políticas de comércio podem restringir a implementação a não ser que seja por via fiscal
	Proibição de descontos nos preços e promoções	?	+	0	Apenas estudos de pouca qualidade na população geral sobre os efeitos das restrições no consumo ou danos. A efetividade da medida depende da disponibilidade alternativa de álcool barato no mercado
	Preços diferenciados por bebida	+	+	+	Preços mais altos para bebidas destiladas direciona o consumo para bebidas com teor alcoólico mais baixo, resultando num menor consumo total de álcool Evidência sobre o impacto das taxas diferenciadas sobre as bebidas com teor alcoólico mais baixo é sugestiva
	Taxas especiais ou adicionais para <i>alcopops</i> e bebidas direcionada aos jovens	+	+	+	Evidência que preços altos reduzem o consumo de <i>alcopops</i> por parte dos jovens consumidores, sem completa substituição. Não há estudos sobre o impacto nos danos.
2	Regulação da disponibilidade física (8)				Geralmente avaliado em termos de como mudanças na disponibilidade afeta o nível de consumo na população e os PLA.
✓	Proibição total de venda de álcool	+++	+++	++	Pode reduzir o consumo e os danos substancialmente, mas frequentemente com efeitos adversos no mercado negro, que são dispendiosos de suprimir. Inefetivo sem fiscalização e cumprimento.
	Proibição de consumo de álcool em locais públicos	?	+	+	Afeta os jovens ou consumidores de alto-risco marginalizados. Pode deslocalizar os danos sem os reduzir necessariamente.
✓	Idade mínima legal para a compra de álcool	+++	+++	+++	Efetivo em reduzir os acidentes de viação fatais e outros danos com fiscalização e cumprimento mínimos; fiscalização e cumprimento substanciais aumentam a efetividade e também os custos.
✓	Racionamento	++	++	++	Grandes efeitos em consumidores pesados
✓	Monopólio estatal da venda a retalho	++	+++	++	Forma efetiva para limitar o consumo de álcool e os danos. Os objetivos de Saúde Pública e de ordem pública dos governos com monopólio aumentam os efeitos benéficos.

POLÍTICAS DO ÁLCOOL EM PORTUGAL NO CONTEXTO EUROPEU:
DETERMINANTES PARA A TOMADA DE DECISÕES E DESENVOLVIMENTO DE MEDIDAS EM SAÚDE PÚBLICA

✓	Restrições de horários e dias de venda	++	++	+++	Efetivas quando as mudanças nos horários de comércio reduzem significativamente a disponibilidade de álcool ou quando os problemas, como acidentes ou violência durante a noite e madrugada, estão especificamente relacionadas com horas de venda de álcool.
✓	Restrição à densidade de pontos de venda	++	+++	++	Evidência tanto para o consumo como para os danos. Mudanças no número de pontos de venda afeta mais a disponibilidade em áreas com já baixa disponibilidade prévia, mas nos agrupamentos de pontos de venda, em áreas com alta densidade de diversão, podem causar problemas de ordem pública e violência.
✓	Disponibilidade diferenciada de acordo com o teor alcoólico	++	++	++	Mais testados em termos de diferentes teores alcoólicos de cerveja e para a disponibilidade ampliada de vinho
3	Modificação do contexto de consumo de álcool (6)				Geralmente avaliado em termos de como treino de servidores, a fiscalização e a responsabilidade legal afetam a violência e outros danos ligados ao álcool.
	Treino do pessoal e regulamentos dos estabelecimentos sobre a dispensa de álcool (Programas “Servir bebidas de forma responsável” / <i>Responsible Beverage Service - RBS</i>)	0/+	+++	++	Nem todos os estudos encontraram um efeito significativo da medida. Necessita de reforço da fiscalização para obter efeitos sustentados
	Treino do pessoal e gerentes para melhor gerir situações de agressão	++	+	++	Evidência limitada a um estudo controlado aleatorizado e resultados de programas com múltiplas componentes. Evidência disponível em Austrália, Canadá e Suécia.
✓	Fiscalização reforçada das leis e requisitos legais nos pontos de venda	++	++	++	Efeitos sustentados dependem do reforço da fiscalização como parte da prática contínua das autoridades
	Responsabilidade legal dos que servem álcool	++	++	+	Efeitos mais fortes onde são feitos esforços de divulgação da responsabilidade. Investigação limitada ao EUA e Canadá.
	Códigos de conduta voluntários em bares	0	+	+	Inefetivo quando estritamente voluntário, mas, como parte de projetos de ação comunitária, pode contribuir para os efeitos globais.
	Bloqueios à entrada no fim de noite nos estabelecimentos licenciados	?	+	0	Investigação limitada e não há estudos que tenham identificado uma abordagem efetiva.
4	Medidas contra a condução sob o efeito de álcool (8)				Muita investigação tem-se focado nos efeitos da intervenção nos acidentes de tráfego e nas reincidências após sanções criminais
✓	Pontos de controlo para verificação da sobriedade	++	+++	+++	Efeitos das campanhas policiais são tipicamente de curta duração. A efetividade dissuasiva é proporcional a frequência da implementação e a grande visibilidade.
✓	Testes de alcoolémia aleatórios	+++	++	++	Efetividade depende do número de condutores diretamente afetados e da existência de uma fiscalização consistente e altos contornos.

POLÍTICAS DO ÁLCOOL EM PORTUGAL NO CONTEXTO EUROPEU:
DETERMINANTES PARA A TOMADA DE DECISÕES E DESENVOLVIMENTO DE MEDIDAS EM SAÚDE PÚBLICA

✓	Redução do limite legal de taxa de álcool no sangue (TAS) para a condução	+++	+++	+++	Quanto mais baixo o limite legal de TAS, mais efetiva é a medida. Limites muito baixos de TAS (tolerância zero) são efetivos para os jovens e podem ser efetivos para adultos, mas limites menores que 0,2 gr/l são de difícil fiscalização.
✓	Suspensão administrativa da licença de condução	++	++	++	Quando a punição é célere, a efetividade aumenta. Efetiva em países onde é aplicada consistentemente.
✓	Limite legal de taxa de álcool no sangue (TAS) para a condução mais baixo para jovens condutores (tolerância zero)	+++	++	++	Evidência clara de efetividade para todos abaixo da idade legal para compra de álcool.
✓	Licenças de condução progressivas para condutores principiantes	++	++	++	Podes ser utilizado incorporando baixos limites de TAS e restrições na licenças dentro de uma estratégia global. Alguns estudos apontam que as disposições a “tolerância zero” são responsáveis por esse efeito.
	Condutor designado e serviços de oferta de boleia	0	++	++	Pode ser efetiva em impedir que consumidores não conduzam, mas pode encorajar também que os passageiros consumam mais. Não afeta os acidentes associados ao consumo de álcool.
	Severidade da punição	0/+	++	++	A evidência é mista relativa a sanções obrigatórias ou mais duras para convicções sobre condução sob o efeito de álcool. Efeitos de degradação ao longo do tempo, a menos que seja acompanhada por uma fiscalização renovada ou publicidade na média
5	Restrições ao marketing (3)				Baseia-se em duas áreas de investigação separadas: (1) efeitos da publicidade e promoção em jovens consumidores e suas atitudes e (2) efeitos do início ou remoção da proibição de publicidade e outras intervenções
✓	Restrições legais a exposição a publicidade	+/ ++	+++	++	Forte evidência de efeito dose-resposta da exposição em jovens que consomem, mas evidência de efeitos pequenos ou insignificantes no consumo <i>per capita</i> para proibições parciais da publicidade. Proibição de publicidade ou restrições podem mudar as atividades de <i>marketing</i> para áreas menos reguladas dos <i>media</i> .
	Restrições legais aos conteúdos da publicidade	?	0	0	Há evidência de que os conteúdos da publicidade afetam o consumo, mas não há evidência de impacto da restrição dos conteúdos, tal como consagrado nos códigos de autorregulação da indústria.
	Códigos voluntários de autorregulação da Indústria do Alcool	0	++	++	A prática de códigos voluntários de autorregulação da indústria são inefetivas em limitar a exposição de jovens ao <i>marketing</i> do álcool e também não impedem que conteúdos questionáveis sejam exibidos.
6	Educação e persuasão (6)				Impacto geralmente avaliado em termos de conhecimento e atitudes. Os efeitos no início do consumo e nos problemas com consumo é equívoco ou mínimo. A população alvo é constituída de jovens consumidores salvo disposição em contrário.
	Educação em classe de aula (programas em meio escolar)	0	+++	++	Pode aumentar o conhecimento e mudar atitudes, mas não apresenta efeito a longo prazo no consumo.

	Educação normativa em estudantes universitários e programas com multicompetentes	+	+	0	Abordagens individualizadas com componentes múltiplas que incluem feedback sobre normas, expectativas, motivos ou balanço decisional têm efeitos a curto prazo no consumo e nos problemas com consumo. Programas usualmente direcionados a consumidores pesados; assim, podem sobrepor-se a intervenções com consumidores de alto risco. Abordagens puramente informacionais podem aumentar o conhecimento e mudar atitudes, mas não apresenta efeito no consumo.
	Intervenções breves com consumidores de alto risco	+	+	0	Intervenções breves motivacionais podem ter impacto no comportamento de consumo.
	Campanhas de <i>mass media</i> incluindo campanhas de condução sob efeito de álcool	0	+++	++	Não há evidência de impacto das mensagens no consumidor sobre limitar o consumo. Alguma evidência de aumento da efetividade em testes de alcoolémia aleatórios quando media o publicista.
	Advertências e sinais nos rótulos	0	+	0	Aumentam conscientização pública, mas não mudam o comportamento de consumo
	Marketing social	0	++	0	Aumentam conscientização pública, mas campanhas específicas sobre o álcool não mudam o comportamento.
7	Intervenção precoce e Tratamento (6)				Geralmente avaliado em termos de dias ou meses de abstinência, redução da intensidade e do volume consumidos e melhorias na saúde e funcionamento social. A população alvo é consumidores com uso nocivo e dependência, salvo disposição em contrário.
✓	Intervenções breves com consumidores de risco	+++	+++	+++	Pode ser efetiva, mas muitos dos profissionais dos cuidados de saúde primários têm uma falta de treino e de tempo para conduzir rastreios e intervenções breves.
✓	Participação em organizações e grupos de ajuda-mútua/auto ajuda	++	++	++	Viável e custo-efetiva como complemento ou alternativa ao tratamento formal em muitos países.
	Tratamento compulsivo de infratores reincidentes de condução sob efeito de álcool	+	++	0	Abordagens punitivas e coercivas tem efeitos limitados no tempo e algumas vezes dispersam a atenção de intervenções mais efetivas
✓	Desintoxicação médica e social	+++	++	++	Seguro e efetivo para tratamento de sintomas de abstinência. Reduzem danos ligados ao álcool, assim como previnem a mortalidade. Pequeno efeito a longo prazo no consumo a menos que combinado com outras terapias.
✓	Psicoterapias baseadas em conversa	++	+++	++	Uma variedade teórica de terapias para tratar pessoas com dependência em contexto de ambulatório e de internamento residencial. A população beneficiada é pequena devido ao fato de muitos países terem disponibilidade de serviços de tratamento limitada
	Farmacoterapia	+	++	++	Evidência consistente de melhoria modesta nas terapias baseadas na conversa e gestão clínica apenas para a naltrexona.

ANEXO 3 – O MODELO LÓGICO DE ANÁLISE UTILIZADO NA INVESTIGAÇÃO

O modelo lógico se baseia no conceito sistémico permite a inclusão e encadeamento dos dados e informação recolhidos nos contextos que lhes dizem respeito ao longo do processo de tomada de decisão política e implementação das políticas públicas.

O modelo aqui estruturado foi dividido nas duas componentes citadas para diferenciar os momentos e a atuação dos atores sociais presentes. Assim, aborda-se inicialmente o sistema político através do qual decorre as tomadas de decisão sobre as políticas do álcool reivindicadas pela sociedade e posteriormente o sistema político-administrativo através do qual se tenta implementar as diversas políticas públicas decorrentes da decisão e dar respostas aos problemas.

Esta estruturação serve à análise dos padrões e inter-relações estabelecidas, permitindo identificar os fatores determinantes das políticas do álcool que estão presentes em todo o processo. A prossecução das políticas públicas atravessa e todo o sistema político-administrativo e sociedade da mesma forma que é extremamente influenciada por esses componentes sociais.

1. O sistema político e o modelo lógico do processo de tomada de decisão política

O “sistema político”, onde ocorre a tomada de decisão, apresenta um esquema simples que relata os *inputs*, *withininputs* e *outputs* (entradas, processo e saídas) do sistema, a sua relação com outros sistemas e contextos societal e extra-societal, como descrito no assunto “a tomada de decisão política”²⁹⁹.

A partir desse modelo lógico se identifica aqui as etapas que estão presentes nos momentos específicos que influenciam e promovem o decurso da tomada de decisão política (Rua, 2012; Cunha Filho *et al.*, 2010; Burris *et al.*, 2010; Fernandes, 2008; Buse *et al.*, 2005) de acordo com o esquema a seguir (ver Figura A).

Momento (A) – Subsídios

Os *inputs* (entradas) se caracterizam por ações externas dirigidas ao sistema político; se revestem da forma de intervenções de influência, pressão e de *lobbying*, se manifestam através de pedidos e exigências, apoios e limitações/restrições, disponibilização e ausência de recursos e incentivos, vindos da sociedade nacional ou internacional, que procuram impedir, adiar ou reforçar, informar, direcionar ou moldar os conteúdos e a tomada de decisão política.

No modelo lógico adotado diz respeito aos subsídios que estimulam, orientam, selecionam ou impedem iniciativas políticas direcionadas a um problema ou assunto. Estes advêm de influências externas ao sistema político, tendo origem nas agendas dos atores sociais envolvidos, na sociedade ou mesmo no ambiente externo à sociedade.

Momento (B) – Construção das alternativas possíveis

Os *withininputs* (processos) se caracterizam por ações e atividades desenvolvidas dentro do sistema político em função das entradas no sistema, das agendas, ações e processos políticos, dos interesses em jogo e das alternativas disponíveis (programas, agendas e aspirações da política).

²⁹⁹ Parte I; Capítulo III, tópico: “A tomada de decisão política e a implementação de políticas públicas”.

No modelo lógico adotado diz respeito ao processo de construção das alternativas possíveis para uma resposta política. Essa atividade interna advém do próprio sistema político e representa os poderes, interesses, forças e recursos em disputa e negociação pelas políticas em causa.

Momento (C) – Resposta política

Os *outputs* (saídas) se caracterizam por ações de seleção e conformação da tomada de decisão por meio de uma resposta possível do sistema político à sociedade e ao ambiente externo.

No modelo lógico adotado diz respeito à resposta política adotada pela tomada de decisão que pode significar um compromisso assumido (ou não) com uma determinada política pública. Quase sempre a resposta positiva ao problema implica empreender atividades posteriores de implementação da política pública.

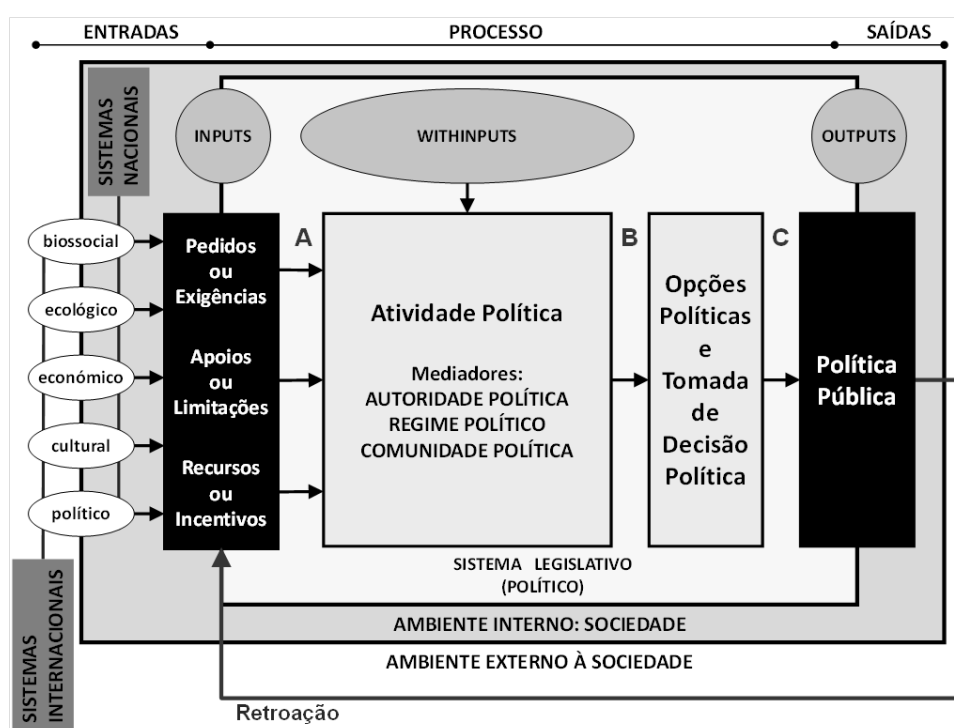


Figura A - Modelo lógico da tomada de decisão no sistema político: os subsídios, a construção das alternativas e a resposta política.

2. O sistema político-administrativo e o modelo lógico do processo de implementação das políticas públicas

O “sistema político-administrativo” onde ocorre a implementação das políticas públicas apresenta um esquema que relata os *inputs*, *withinputs* e *outputs* (entradas, processo e saídas) do sistema, a sua relação com outros sistemas e contextos societal e extra-societal, como descrito no tópico “a implementação das políticas públicas”³⁰⁰.

A partir de um modelo lógico do sistema político-administrativo público se identifica aqui as etapas presentes nos momentos específicos que influenciam e promovem o decurso

³⁰⁰ Parte I; Capítulo III, tópico: “A tomada de decisão política e a implementação de políticas públicas”.

do processo de implementação das políticas públicas (baseado em Rua, 2012; Cunha Filho *et al.*, 2010; Burris *et al.*, 2010) de acordo com o esquema a seguir (ver Figura B).

Momento (A) - Subsídios

Os *inputs* (entradas) se caracterizam por ações externas (do sistema político e da sociedade) dirigidas aos sistemas executivo e/ou jurídico (administração pública); se apresentam na forma de políticas públicas, agendas, ações e processos políticos, intervenções de influência, pressão e de *lobbying* e se manifestam através pedidos e exigências, apoios e limitações/restrições, disponibilização e ausência de recursos e incentivos, que procuram impedir, adiar ou reforçar, informar, direcionar, adaptar ou moldar a elaboração e implementação de leis e normas, programas, estruturas, serviços e produtos.

No modelo lógico adotado o momento (A) diz respeito aos subsídios que influenciam as políticas públicas de:

- Regulação

A elaboração das leis e normas, quais leis são promulgadas e de que forma, características específicas das normas e dos regulamentos adotados;

- Alocação

O dispêndio, a distribuição de financiamento, a definição das estruturas e dos organismos responsáveis, os recursos e apoios que concretizam os programas, planos, ações e intervenções.

Momento (B) e (B1) - Implementação

Os *withininputs* (processos) se caracterizam por ações e atividades mediadoras do processo que se desenvolvem em função das entradas no sistema, prioridades e alternativas possíveis. Estas ações realizam-se primeiramente no momento (B), com a concretização de legislação, normas, programas e ações (criação, conteúdo e forma, implementação). A seguir, realizam-se no momento (B1), com o desenvolvimento das suas práticas e seus efeitos (aplicação, cumprimento e fiscalização das leis e normas ou novas ofertas e/ou reestruturação de serviços e produtos, sua utilidade e adequação).

No modelo lógico adotado o momento (B) / (B1) diz respeito aos principais mediadores que permitem ligar as políticas públicas aos efeitos no ambiente e comportamento. Estes mediadores correspondem a implementação das políticas públicas de:

- Regulação

(B) O foco da implementação recai sobre a forma, conteúdo ou reforço da legislação, incluindo o modo como a lei se aplica, afeta as estruturas ou o funcionamento dos sistemas e proporciona respostas. As leis podem variar consideravelmente quando implementadas. Podem demonstrar falta de compromisso político, não identificar um órgão administrativo responsável pela implementação e supervisão, possuir disposições legais equivocadas, pouco claras, inexequíveis, produzir um déficit na aceitação, interpretação ou compreensão social, não prever fontes de financiamento, recursos e meios adequados e necessários para a sua aplicação, ser alvo de litígio judicial e muitos outros fatores que podem comprometer na sua implementação e no seu cumprimento. Da mesma forma, as leis podem induzir a diferentes níveis de cumprimento por parte das entidades regulamentadas ou da população, dependendo do grau de resistência social e do mercado e dos mecanismos disponíveis para o cumprimento a para a fiscalização, entre outros fatores. A integralidade e a eficácia dos mecanismos para garantir o cumprimento da lei são elementos críticos que influenciam o efeito da lei e as suas práticas jurídicas para promover resultados de saúde.

(B1) Congrega os efeitos da lei conforme implementada através das práticas jurídicas em ambientes (físicos, estruturas e contextos sociais, instituições) e em comportamentos de saúde (coletivos e individuais). A lei, sua implementação e práticas jurídicas podem aumentar ou reduzir as oportunidades, os recursos disponíveis, os direitos e obrigações e os incentivos e sanções. Mesmo as estruturas sociais privadas como empresas e famílias são profundamente influenciadas e afetadas pela lei e suas práticas jurídicas. As leis podem assim determinar diretamente os comportamentos de saúde definindo que comportamentos devem ou não ocorrer ou ser limitados de acordo com condições individuais, ambientais ou contextuais em causa e com os objetivos de saúde individuais, coletivos e sociais. As leis podem determinar mudanças no ambiente e em contextos específicos que afetam ou determinam por sua vez comportamentos de saúde como se descreve no ponto (C).

- Alocação

(B) o foco das atividades de saúde, dos produtos e dos serviços recaem sobre o financiamento, a implementação e o funcionamento, incluindo o modo como estes afetam as estruturas do sistema de saúde e outros sistemas e proporcionam respostas. A implementação de programas, estruturas e ações variam de acordo com a gestão, os níveis de execução e o contexto em que se aplicam. Podem ser alvo de resistências individuais e organizacionais, como a falta de identificação do órgão administrativo responsável, possuir orientações, capacidade e competências insuficientes para a tarefa, sofrer com a falta de compromisso, apoio político ou financiamento e muitos outros fatores que podem comprometer a implementação, execução e desenvolvimento destes. Da mesma forma, as atividades de saúde, os produtos e os serviços podem induzir a diferentes níveis de adesão, participação ou resposta por parte das entidades no terreno ou da população, dependendo de questões sociais e culturais ou de mecanismos de proximidade e confiança estabelecidos, entre outros fatores. A qualidade e eficácia do conjunto das atividades de saúde, dos produtos e dos serviços selecionados e a efetividade da implementação para atingir os objetivos operacionais definidos são elementos críticos que influenciam o efeito destes de promover resultados de saúde.

(B1) congrega os efeitos da oferta de serviços, produtos e ações junto da sociedade em termos de ambientes (físicos, estruturas e contextos sociais, instituições) e em termos de comportamentos de saúde (coletivos e individuais). As ações, programas e (re)estruturações, sua implementação e o funcionamento das atividades de saúde, dos produtos e dos serviços podem aumentar ou reduzir os recursos necessários disponíveis, as oportunidades de acesso a saúde, aos cuidados e ao bem-estar social, bem como a qualidade da saúde e da resposta aos problemas dos indivíduos, das comunidades. Estas atividades de saúde, produtos e serviços podem se estender para além das instituições públicas, incluindo e afetando instituições sociais e empresariais e seus colaboradores, entre outras. Elas podem promover diretamente os comportamentos de saúde ao estabelecer apoio, informação, rastreio para a população em geral e intervenções para populações em risco, bem como oferecer opções de tratamento, reabilitação e reinserção para populações afetadas na sua saúde. As atividades de saúde, dos produtos e dos serviços podem promover mudanças no ambiente e em contextos específicos que afetam ou determinam por sua vez comportamentos de saúde como se descreve no ponto (C).

Momentos (C) e (C1) – Respostas

Os *outputs* (saídas) se caracterizam por reações, efeitos e mudanças produzidos pelas políticas públicas concretizadas. Estas alterações realizam-se a curto prazo sob a forma de mudanças no ambiente (nos serviços e programas estruturados inseridos nas comunidades, na oferta e disponibilidade de álcool e nos contextos de consumo, etc...) e nos comportamentos dos indivíduos (na procura e no acesso ao álcool, nos níveis e padrões de consumo, nas atitudes, etc...) que se refletem a nível comunitário e social.

Mudanças no ambiente ligado ao consumo de álcool e no comportamento de consumo dos indivíduos, comunidades e sociedade em geral são resultados observáveis das intervenções produzidas e implementadas pelas políticas públicas.

No modelo lógico adotado o momento (C) / (C1) diz respeito às principais respostas do sistema e da sociedade, identificadas no comportamento dos indivíduos, no ambiente e na sociedade (indicadores de saúde), às políticas públicas:

- Regulação

As leis e práticas jurídicas podem afetar os comportamentos de saúde indiretamente através das mudanças nas condições ambientais e contextuais, que fazem as escolhas de comportamento desejadas serem mais ou menos atraentes. As leis podem determinar e promover nas suas práticas o nível de acessibilidade, disponibilidade e condições em que determinados produtos, serviços e estabelecimentos numa determinada área geográfica ou contexto podem existir ou funcionar, promovendo um comportamento desejado e limitando os indesejáveis.

- Alocação

As atividades de saúde, dos produtos e dos serviços podem sensibilizar, influenciar e promover as mudanças de comportamentos de saúde indiretamente através de mudanças nas condições ambientais e contextuais, que criam opções ao comportamento coletivo e individual mais saudável ou criando um clima de pressão social e de resiliência ao comportamento de risco, promovendo as escolhas de comportamento desejadas. As atividades de saúde, dos produtos e dos serviços podem desenvolver promoção da saúde e projetos de prevenção, criarem condições para que as escolhas saudáveis se façam mais facilmente em contextos e ambientes específicos, como escolas, instituições e empresas, e campanhas de redução de riscos em contextos e ambientes específicos, entre outros.

Momento (D) - Resultados

Os *outcomes* (resultados) se caracterizam por alterações na saúde das populações. Estas mudanças ocorrem a longo prazo, se manifestando no estado de saúde e estado social das populações. Apesar de não se poder estabelecer uma relação causal entre uma intervenção específica ou mesmo o conjunto das intervenções desenvolvidas e os resultados finais na saúde das populações, os padrões intermédios de mudança a mais curto prazo alcançados por essas intervenções estabelecem uma relação mais consistente como os resultados. Por outro lado, deve-se ter em mente que fatores externos independentes das intervenções e das políticas públicas podem interferir com estes resultados de saúde e a sua evolução.

No modelo lógico adotado o momento (D) diz respeito aos principais resultados a nível do estado de saúde da população que possam ter sido produzidos pelas mudanças no comportamento, no ambiente e na sociedade (indicadores de saúde).

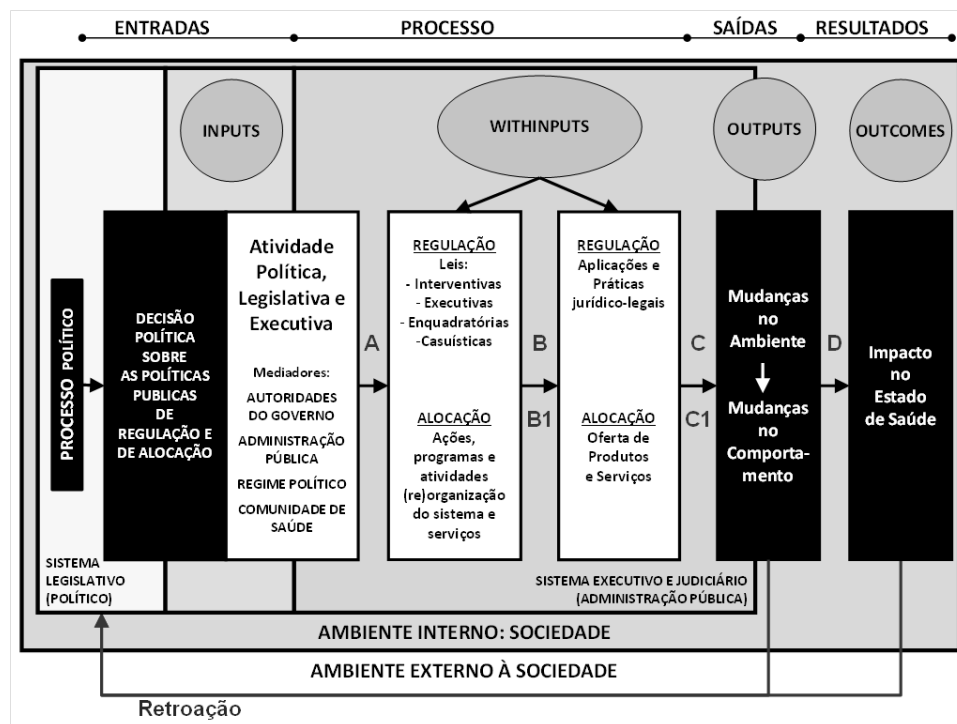


Figura B - Modelo lógico do sistema político-administrativo: os subsídios, a implementação, as respostas e os resultados das políticas públicas.

ANEXO 4 - ESTRATÉGIAS E TÉCNICAS DE RECOLHA DE INFORMAÇÃO

Os procedimentos aqui descritos fornecem informação sobre as estratégias utilizadas no decorrer da investigação, a sua adequação, a origem e qualidade dos dados obtidos e a sua utilidade para os fins da investigação. A sua apresentação encontra-se categorizada em 4 tipos de estratégias: Revisão de Literatura, Análise de Registos de Arquivo e de Documentos, Observação Participante, Inquérito aos Atores Sociais.

A. REVISÃO DE LITERATURA: PESQUISA BIBLIOGRÁFICA EM BASES DE DADOS DE ARTIGOS CIENTÍFICOS

A revisão bibliográfica, estratégia inicial essencial em todos os estudos científicos, tornou-se particularmente importante para a clarificação das questões iniciais postas a esta investigação.

Para além da multiplicidade de áreas e assuntos que são abordados nas políticas do álcool, por si só um tema complexo, foi preciso conhecer os aspetos históricos e sociais ligados ao álcool, bem como a evolução e o estado da arte atual das políticas do álcool e das evidências científicas existentes em termos internacionais e europeus.

Também algumas questões prévias necessitaram de esclarecimento no que concerne a caracterização e avaliação do consumo de álcool enquanto uma questão cultural e social ao longo do tempo, a sua relação com o estilo de vida e a sua associação com problemas sociais e de saúde.

Por outro lado, conhecer a forma como as decisões políticas se fazem e se podem caracterizar e o seu desenvolvimento prático em termos de políticas públicas serviu de base para a estruturação da investigação.

Foi na fase inicial da investigação sobre as políticas do álcool em Portugal que se observou que o número de publicações sobre o desenvolvimento das políticas do álcool portuguesas era escasso e incompleto. A intenção de desenvolver essa fase inicial de investigação através de uma revisão de literatura integrativa não contribui para responder às questões de investigação. A reconstrução dessa realidade requereu uma pesquisa mais abrangente, que vai além da pesquisa bibliográfica em bases de dados de revistas científicas de referência, incluindo pesquisa de trabalhos académicos, livros e relatórios técnicos existentes.

Este fato vem corroborar a intenção inicial da investigação de desenvolver um estudo descritivo e exploratório das políticas do álcool durante o período da última década, como base para o desenvolvimento do trabalho.

Os procedimentos relativos à revisão de literatura integrativa relacionada com as políticas do álcool em Portugal são apresentados a seguir.

A.1. Estratégia de procura, identificação e seleção de dados

Uma pesquisa feita em bases de dados para artigos em revistas científicas da *PUBMED* e da *B-On* procurou identificar a presença de investigação relevante com os seguintes critérios de inclusão para seleção e análise: possuir dados epidemiológicos sobre consumo de álcool ou doenças consequentes na população portuguesa, análise das políticas do álcool ou de uma política pública em particular.

Para tal pesquisa utilizou-se critérios de busca baseados nos termos “Problemas ligados ao álcool / *alcohol problems*”, “Políticas do álcool / *alcohol policies*” e “Portugal” *isoladamente e em combinação*.

Critérios de inclusão e exclusão:

Apesar de se encontrar uma vasta gama de publicações sobre PLA e políticas do álcool em termos internacionais ou europeus, o mesmo não se passa quando se busca essas referências no contexto português.

A grande maioria dos artigos encontrados não se enquadrava nos critérios de pesquisa para serem selecionados: Apresentavam dados descritivos de populações restritas e não representativas, análises descritivas e avaliações sobre intervenções de prevenção ou tratamento para os PLA em pequenos grupos.

Também foram encontrados alguns trabalhos de literatura cinzenta (não publicados em revistas de referência com *peer review*) que remetiam para repositórios nacionais, mas a totalidade dos trabalhos académicos versavam sobre assuntos correlatos, não enquadrados nas políticas do álcool vigente e sem resultados que possam ser generalizados, não sendo úteis para esta investigação.

Por fim, alguns livros temáticos nacionais publicados durante o período analisado apresentaram uma leitura de referência para a reconstrução da realidade das políticas do álcool.

A.2. Estratégia de recolha de dados

Os artigos encontrados apresentavam investigação relevante na área da epidemiologia do consumo de álcool e do peso da doença, utilizando-se os seus resultados no contexto de análise correspondente.

Os livros selecionados que abordaram as políticas do álcool serviram de base, em conjunto com outros documentos, para a reconstrução da elaboração e implementação das políticas e planos relacionados aos PLA.

B. ANÁLISE DE REGISTOS DE ARQUIVO E DE DOCUMENTOS SOBRE OS PLA E AS POLÍTICAS DO ÁLCOOL

São considerados documentos quaisquer materiais escritos que possam ser usados como fonte de informação sobre o comportamento humano. Incluem leis e regulamentos, normas pareceres, cartas, memorandos, diários, jornais, revistas, sinopses de programas de rádio e Tv, discursos, notas, *dossiers* de trabalho, atas, estatísticas e registos de arquivos.

A procura, identificação, seleção e recolha de documentos é uma importante etapa da investigação documental, exigindo alguns cuidados acerca do acesso às fontes de informação. Quando não são públicas e abertas, necessitam de autorização para a consulta, que pode ser algo limitada. Por outro lado, exige que o investigador tenha algum conhecimento do tipo de registos e informações que as instituições e repositórios detêm de forma a definir sua importância e selecionar as informações adequadas aos objetivos da investigação. Assim o próprio processo de identificação e seleção desses dados já produz um tipo de interpretação avaliativa do corpo de investigação.

Foi identificado um conjunto vasto de documentos que permitem aceder a informação e dados a respeito das políticas do álcool em Portugal. Existe uma grande heterogeneidade na natureza das fontes de informação e dos dados. O tratamento de recolha e análise de cada tipo de documento foi feito em consonância com a sua natureza e a finalidade para a investigação.

Alguns destes documentos servem ao propósito de descrever o objeto da investigação, seu conteúdo e contexto, sendo tratados como fontes de informação documental e sobre a qual se irá processar a investigação em si. Este tipo de utilização dos documentos contribuiu para a primeira fase da investigação e para responder à questão de partida 1 (e subquestões) da investigação.

Outros documentos, onde se incluem também os registos de arquivos, assumem um carácter essencialmente exploratório e confirmatório, sendo assumidos como dados da investigação que contribuem para corroborar e verificar as hipóteses ou premissas assumidas pela investigação, tendo uma utilidade maior na segunda fase da investigação e para responder às questões de partida 2 e 3 da investigação.

Após uma pesquisa e levantamento inicial identificou-se os seguintes grupos de documentos listados:

a) Registos de arquivo:

1. Inquéritos e bases de dados epidemiológicos de Saúde (OMS, UE, INE, INSA, IDT, SICAD) - dados estatísticos sobre níveis e padrões de consumo de bebidas alcoólicas e abrangência dos PLA;

2. Documentos enquadradores das políticas do álcool: Planos e Relatórios de Saúde de organismos internacionais e nacionais (OMS, UE, MS, DGS, IDT, SICAD) enquadradores dos PLA e das políticas do álcool - dados sobre a elaboração, implementação, desenvolvimento, monitorização e avaliação das políticas do álcool europeias, compromissos e programas internacionais e nacionais;

3. Legislação comunitária e nacional e registos das práticas legislativas (CE, PE, AR, MS, DGS, IDT, SICAD) - dados sobre os processos de decisão e implementação de legislação e instrumentos regulatórios dos PLA em Portugal.

b) Documentos:

1. Material produzido pelos meios de comunicação social: artigos da *media generalista* (base de dados de *clipping* da *media*) e artigos da *media especializada* (*de acesso on line digital*) - dados sobre o processo de desenvolvimento das políticas do álcool e o discurso dos atores diante dos acontecimentos;

2. Material produzido pela administração pública (AR, DGS, IDT, SICAD, FNAS): produção de rotinas de trabalho, atas de reuniões e grupos de trabalho, propostas e projetos e correspondência, entre outros, das organizações, serviços e atores sociais envolvidos nas políticas do álcool - dados sobre a implementação das decisões, os apoios, recursos e condições que foram disponibilizados nas políticas do álcool.

Os procedimentos relativos a identificação, seleção e recolha de dados referente aos registos de arquivo e documentos listados são apresentados a seguir.

B.1. INQUÉRITOS DE SAÚDE

B.1.1. Estratégia de procura, identificação e seleção de dados

O acesso aos inquéritos, bases de dados epidemiológicos e relatórios foi feito através de meta-fontes de informação como os sítios na internet de organismos da OMS, da UE e do MS (INSA, DGS, IDT/SICAD) e de links para os seus repositórios.

Após a identificação das fontes de informação que possuíam dados relativos a Europa e a Portugal, foram selecionados os seguintes relatórios e bases de dados:

População adulta e idosa

- WHO Europe, *Health for all database*
- WHO, *Global Health Risks*
- WHO *Global Information System on Alcohol and Health (GISAH)*
- WHO, *Global Status Report on Alcohol and Health*
- WHO Europe, *European Status Report on Alcohol and Health*
- INS - Inquérito Nacional de Saúde
- INCSP - Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas

População adolescente

- INME - Inquérito Nacional em Meio Escolar
- ESPAD - *European School Survey on Alcohol and Others Drugs*

Os critérios de inclusão para seleção dos dados dizem respeito aos principais indicadores sobre níveis e padrões de consumo relacionados com os PLA e com as políticas do álcool.

B.1.2. Estratégia de recolha de dados

Procurou-se recolher os dados agregados e desagregados por género e grupos etários de forma a identificar as populações mais expostas e as que tiveram maiores alterações ao longo do tempo.

A comparação dos resultados encontrados nos diversos inquéritos é sempre limitada pelos critérios metodológicos diferentes tempos de recolha dos dados. Assim recolheu-se informação sobre estas questões que permitissem uma melhor discussão dos resultados.

B.2. DOCUMENTOS ENQUADRADORES DAS POLÍTICAS DO ÁLCOOL: PLANOS E RELATÓRIOS

B.2.1. Estratégia de procura, identificação e seleção de dados

O acesso aos documentos enquadradores das políticas do álcool e sobre a elaboração e concretização de planos para os PLA foi obtido através de diversas meta-fontes de informação: sítios na internet da OMS e da UE e, em Portugal, sítios na internet do MS (DGS, IDT/SICAD, FNAS, ACSS), Ministério das Finanças e da AR.

Pesquisas nestas fontes de informação forneceram dados na área das políticas do álcool europeias, compromissos e programas de saúde internacionais e nacionais. Informações sobre processos de avaliação das políticas e dos resultados relacionados com o consumo de álcool também foram identificados. Algumas fontes específicas apresentam dados, oriundos de relatórios, sobre a concretização dos processos de regulação, de intervenção social e de alocação de recursos em serviços de saúde. Foram também identificados e selecionados os conteúdos de relatórios de atividades e de contas dos serviços de saúde que permitiam uma análise sistemática dos dados.

Assim, os critérios de inclusão para seleção dos dados dizem respeito ao conjunto de medidas de regulação e alocação de recursos relacionadas com as políticas do álcool e os PLA. Foram excluídos os dados referentes a políticas de saúde mais abrangentes

(que incluíssem outras substâncias ou comportamentos, p. ex.) que não pudessem ser desagregados, de forma a preservar a especificidade do assunto em causa.

B.2.2. Estratégia de recolha de dados

Foi feito um levantamento dos documentos produzidos referentes às políticas do álcool e aos PLA e procedeu-se a uma leitura sistemática que procurou identificar os indicadores, as medidas e os instrumentos implementação envolvidos. A seleção dos dados contidos nestes documentos para posterior categorização e análise levou em conta o contexto em que se inserem.

B.3. LEGISLAÇÃO E REGISTOS DAS PRÁTICAS LEGISLATIVAS

B.3.1. Estratégia de procura, identificação e seleção de dados

O acesso aos documentos foi obtido através de meta-fontes de informação como os sítios na internet do MS (DGS, IDT/SICAD, FNAS), que reúnem bases de dados sobre a legislação produzida com *links* para o documentos originais, e também os sítios na internet da AR.

Os critérios de inclusão e de exclusão para efeitos de seleção a legislação sobre políticas do álcool, considerou como tal a definição de “políticas do álcool” como aquelas que dizem respeito à relação entre álcool, saúde e bem-estar social (Longest, 1998; Babor *et al.*, 2003, 2010).

Assim, foi considerada toda a legislação que fazia alguma referência estas áreas da saúde e bem-estar e foi excluída a legislação que fazia referência exclusiva a áreas da agricultura, economia e finanças, dedicadas comumente a controlar, fiscalizar ou regular a produção e o mercado do setor de bebidas alcoólicas, sem interesses explícitos de saúde e bem-estar.

B.3.2. Estratégia de recolha de dados

Foi feito um levantamento da legislação e regulamentação jurídico-administrativa na área das políticas do álcool no período em estudo e procedeu-se a uma leitura sistemática que procurou identificar a sua origem em termos das políticas públicas e medidas em causa. A partir da leitura inicial desenvolveu-se uma grelha para a recolha dos dados e evidências, que definiu a sua posterior categorização.

Paralelamente, fez-se uma análise da importância das medidas, da sua intencionalidade em consonância com os objetivos de saúde na sua origem, da “letra da lei”, da sua exequibilidade e implementação, dos instrumentos envolvidos na sua implementação e do impacto no contexto em que foi criada e implementada.

B.4. MATERIAL PRODUZIDO PELOS MEIOS DE COMUNICAÇÃO SOCIAL: ARTIGOS DA MEDIA GENERALISTA E ESPECIALIZADA

O acesso facilitado a artigos da *media* generalista (imprensa nacional e regional, televisão, rádio, internet) se fez através da consulta a uma base de dados e informação de *clipping* de uma empresa de gestão e análise de informação, enquanto os artigos

jornalísticos especializados foram consultados por *acesso on line digital* a revista de imprensa "Dependências", através da empresa responsável pela edição.

O acesso a artigos jornalísticos sobre as políticas do álcool e o discurso dos atores sociais diante dos acontecimentos, tanto no período de tempo da investigação como um todo (2000-2013), no que respeita a artigos generalistas, como especialmente no período mais recente (2008-2014), no que respeita a artigos especializados, proporcionou a reconstrução histórica e confirmação dos fatos e dos discursos públicos e posicionamento dos atores sociais, mas também desses aspetos no momento atual, proporcionando uma fonte de informação mais próxima da realidade construída. Assim, alguns artigos em geral foram utilizados para reconstruir uma base histórica de acontecimentos ligados às políticas do álcool em Portugal, enquanto os mais recentes contribuem também para a compreensão atual do desenvolvimento das políticas e estratégias existentes e do posicionamento dos atores sociais.

É preciso fazer algumas observações sobre os artigos jornalísticos. É possível argumentar que alguns dos meios de comunicação possam estar alinhados com forças sociais, económicas e políticas, o que se refletiria nas suas agendas e na interpretação dos eventos. Todavia, a abrangência dos meios disponibilizados tendem a minimizar qualquer influência que não reflita a realidade dos fatos, apresentando, por outro lado, a força das partes envolvidas e seus discursos. Os artigos jornalísticos são apenas uma das fontes utilizadas para apresentar os acontecimentos, os discursos públicos e o posicionamento dos atores. Ao longo da investigação teve-se em consideração que a notícia é uma estrutura narrativa de quem capta os fatos e não o reflexo preciso da realidade.

Assim, deve-se enfatizar que os artigos publicados serviram como um recurso complementar para reconstrução a história e para corroborar ou descartar as informações obtidas de outras fontes, e não para analisar as diferentes coberturas feitas pela imprensa escrita dos acontecimentos.

B.4.1. Estratégia de procura, identificação e seleção de dados

Artigos dos meios de comunicação social generalistas

A abrangência da pesquisa nos meios de comunicação social beneficiou do acesso a um sistema de *Media Information Management online* fornecido por uma empresa portuguesa de gestão e análise de informação pública e publicada nos meios de comunicação social. A análise da informação veiculada permite ainda a quantificação e qualificação da informação existente de acordo com critérios específicos de audiência atingida, favorabilidade do conteúdo publicado e o seu valor de retorno de acordo com o posicionamento do ator social/cliente.

O universo de pesquisa dos artigos publicados nos meios de comunicação social sobre as políticas do álcool e o discurso dos atores abrangeu o período de tempo que coincidiu como os dois planos do álcool: o PACA que permaneceu ativo de 2000 a 2007 e o PNRPLA que começou a ser elaborado em 2008 e acabou em 2012. As notícias se estenderam até 2013, razão pela qual se incluiu mais este ano.

Para a pesquisa aqui desenvolvida interessava alcançar a maior abrangência possível de artigos sobre o tema das políticas do álcool. Assim, foi fornecido à empresa um conjunto de indicadores/termos de referência com base nas políticas públicas do álcool, utilizados comumente na comunicação social e que estão no campo da investigação (ver Tabela A), de forma a permitir verificar a cobertura destes assuntos nas categorias pré-existentes na base de dados. Dessa forma, verificou-se que a base de dados organizada abrangia os assuntos referidos em um conjunto de categorias pré-existentes.

Tabela A - Indicadores e termos de referência para a verificação junto da base de dados de artigos publicados nos meios de comunicação social	
<ul style="list-style-type: none"> • "álcool" • "alcoholismo" • "alcoólico" • "bebidas alcoólicas" • "indústria cervejeira" • "cerveja" • "vinho", "vinicultura" • "bebidas destiladas" / "bebidas espirituosas" • "álcool e saúde pública" • "problemas ligados ao álcool" • "lei do álcool" 	<ul style="list-style-type: none"> • "consumo de bebidas alcoólicas por menores de idade" • "proibição de venda de bebidas alcoólicas" • "condução sob efeito do álcool" • "taxas de alcoolemia" • "álcool e violência" • "álcool e danos causados a saúde" • "taxas sobre as bebidas alcoólicas" • "contrabando de álcool" • "contrafação de álcool" • "publicidade a bebidas alcoólicas"

O perfil completo final da base de dados que foi acedido sobre o título "Políticas do Álcool" incluía um conjunto de categorias e subcategorias gerais para além do "Álcool": "IDT", "Droga" (subcategorias: "Apreensões", "Consumo", "Legislação", "Tráfico", "Droga em geral"), "Temas Gerais" (subcategorias: "Criminalidade" e "Saúde"). A totalidade dos artigos presentes nesta base de dados correspondia a 133.102 notícias veiculadas em um conjunto extenso de meios de comunicação social de maior cobertura (imprensa, internet, rádio e televisão) nacionais e regionais, generalistas e especializados. Constatou-se em muitos casos que várias notícias veiculadas se repetiam em diversos meios de comunicação ou eram veiculadas mais de uma vez em dias e horas diferentes nos noticiários. Foram realizadas pesquisas, nos anos de referência de 2000 a 2013, utilizando os seguintes descritores para a seleção dos artigos: "álcool" OU "alcoholismo" OU "alcoólicos".

Tendo como base os títulos e uma visão global dos artigos identificados, foram adotados alguns critérios de inclusão e exclusão de artigos. Como critério de inclusão considerou-se todos os artigos de *media* que versavam especificamente sobre a temática das bebidas alcoólicas e do álcool, bem como se enquadravam na definição de "políticas do álcool": aquelas que dizem respeito à relação entre álcool, saúde e bem-estar social (Longest, 1998; Babor *et al.*, 2003, 2010). Assim, todas as notícias que faziam alguma referência às áreas da saúde e bem-estar ligadas aos PLA e as políticas públicas em causa, bem como ao discurso dos atores sociais envolvidos nestas políticas. Foi critério de exclusão os artigos que versavam sobre fatos quotidianos relacionados com álcool, como curiosidades ou acidentes e violência como ocorrência ou fato pessoal, bem como os abordavam questões de mercado, publicidade e atividades comerciais de um elemento da Indústria do Álcool. Esses artigos não acrescentavam valor aos objetivos da investigação. Por outro lado, foram incluídos os artigos descritivos do volume de operações policiais ou de fiscalização ligadas a condução sob efeito do álcool, contrabando, venda irregular, entre outros, apesar de não se encontrarem nos seus conteúdos informação relevante para os objetivos da investigação. Essas ocorrências sistemáticas e de rotina, com uma dimensão bastante superior a todas as outras notícias, serviram para efeitos de contabilização inicial demonstrativa da visibilidade e do impacto social dos PLA. Posteriormente, esses artigos não foram considerados para a fase de análise dos dados e evidências sobre os conteúdos.

O resultado final desta pesquisa e seleção inicial permitiu a identificação de 5838 notícias veiculadas (ver Tabela B). A pesquisa, seleção e recolha de artigos decorreu entre Julho de 2014 e Janeiro de 2015.

Tabela B - Resultados da pesquisa e seleção de artigos publicados nos meios de comunicação social na base de dados “Políticas do Alcool”.

Ano	Total de artigos no perfil da base de dados	Número de artigos sobre Políticas do Alcool selecionados	Percentagem de artigos do total
2000	0	0	0,0%
2001	30	2	6,7%
2002	10190	247	2,4%
2003	5700	65	1,1%
2004	1861	139	7,5%
2005	1002	94	9,4%
2006	169	7	4,1%
2007	17130	107	0,6%
2008	17471	341	2,0%
2009	14653	634	4,3%
2010	15286	460	3,0%
2011	18108	1309	7,2%
2012	12881	914	7,1%
2013	18621	1519	8,2%
Totais	133.102	5.838	4,4%

Artigos jornalísticos especializados

A abrangência da pesquisa na revista jornalística especializada "Dependências" beneficiou do acesso a um sistema de *acesso on line digital* fornecido pela empresa editorial responsável (<http://www.dependencias.pt/revistas.php>). O universo de pesquisa dos artigos jornalísticos sobre as políticas do álcool e o discurso dos atores diante dos acontecimentos abrangeu o período de tempo mais recente das políticas do álcool, que coincidiu como o PNRPLA, que começou a ser elaborado em 2008 e acabou em 2012. Os artigos especializados que abrangeram esse período se estenderam de 2008 até março de 2014, quando finalmente foi lançado um novo plano.

Os critérios de inclusão para efeitos de seleção dos dados sobre políticas do álcool e PLA dos artigos jornalísticos tiveram em consideração os artigos que versavam especificamente sobre a temática das bebidas alcoólicas e do álcool, bem como aqueles que se enquadravam na definição de “políticas do álcool” como anteriormente referida (Longest, 1998; Babor *et al.*, 2003, 2010). Assim, foram consideradas todos os artigos que faziam referência direta às áreas da saúde e bem-estar ligadas aos PLA e as políticas públicas em causa, bem como ao discurso dos atores sociais envolvidos nestas políticas. Todavia, foram excluídos todos os artigos que abordavam a temática geral das dependências e comportamentos adictivos, por não serem específicos, bem como os que descreviam modelos e atividades de prevenção, intervenção social ou tratamento de instituições locais e organizações sociais e privadas, entre outros, por não acrescentavam conteúdos que contribuíssem para os objetivos da investigação.

O resultado final da pesquisa e seleção permitiu a identificação de 73 artigos publicados (ver **Erro! A origem da referência não foi encontrada.** C). A pesquisa, seleção e recolha de artigos decorreu entre Janeiro e Maio de 2015

Tabela C- Resultados da pesquisa e seleção de artigos de revista especializada				
Ano	Número de edições da revista	Número total de artigos da revista	Número de artigos selecionados	Percentagem de artigos do total
2008	9	113	8	7,1%
2009	10	180	9	5,0%
2010	9	108	7	6,5%
2011	8	92	10	10,9%
2012	8	92	11	12,0%
2013	9	99	21	21,2%
2014	3 (jan-mar)	23	7	30,4%
Totais	56	707	73	10,3%

B.4.2. Estratégia de recolha de dados

Antes da recolha de dados sobre conteúdos, procedeu-se à recolha de dados gerais sobre os artigos, de acordo com os títulos e uma visão global, de forma a contextualizá-los e se produzir um mapa inicial do material de acordo com as categorias definidas para a investigação.

Após essa fase inicial de categorização dos artigos, descartou-se aqueles que não contribuíam com conteúdos para os objetivos da investigação, como foi o caso dos artigos relativos a operações policiais de condução e fiscalização, entre outros.

Posteriormente, procedeu-se a uma leitura sistemática dos conteúdos dos artigos restantes, procurando identificar os dados e evidências de acordo com a grelha de categorias utilizada na investigação. Para tal, foram considerados excertos do texto, discursos dos atores e observações que se puderam retirar diretamente do conteúdo dos artigos.

B.5. MATERIAL PRODUZIDO PELA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

B.5.1. Estratégia de procura, identificação e seleção de dados

Inicialmente foram identificados os principais organismos responsáveis pelas políticas de saúde na área do álcool no decorrer do período investigado (2000-2013). As entidades de referência identificadas foram a DGS (1999-2007), o IDT/SICAD (2007-2013).

A partir dos contactos iniciais junto dos responsáveis máximos dos organismos em causa durante o ano de 2012, foi apresentado um resumo da investigação e dado conhecimento de todos os procedimentos previstos junto dos organismos e obtida autorização para o acesso às orientações políticas publicadas, aos departamentos e responsáveis envolvidos e aos documentos internos e de trabalho.

No decorrer deste processo foram identificadas outras entidades e documentos externos a organização, que expandiram o campo de investigação para além dos limites estabelecidos inicialmente, como o caso da AR. Esta situação permitiu identificar atividades relacionadas com as políticas do álcool e outros atores sociais envolvidos, como o caso do FNAS.

A identificação e seleção dos dados e informação oriunda da DGS foram feitas com base nos documentos produzidos no âmbito da elaboração e desenvolvimento do PACA desde 2000 até 2007 e outros documentos de trabalho e acompanhamento das políticas públicas e serviços de saúde na área do álcool. O acesso aos arquivos de documentos ocorreu a partir do 2º semestre de 2012 e a consulta a todos os arquivos estendeu-se até o 2º semestre de 2014, durante este período foram identificados um conjunto vasto de *dossiers* contendo basicamente: cópias de relatórios externos, documentos de trabalho, correspondência interna e externa e material utilizado na produção de relatórios e planos sobre o álcool, todos dirigidos ou oriundos do DPSM da DGS (responsável pela área do álcool) Alguns documentos identificados remeteram para uma busca mais alargada de informação e dados fora do organismo, na origem dos documentos externos, de forma a se poder integrar essa informação no processo de recolha de dados. Os últimos documentos encontrados datam de 2007, quando as políticas do álcool foram transferidas para a alçada do IDT, ao mesmo tempo que o DPSM da DGS foi extinto, com a reestruturação da Administração Central.

A identificação e seleção dos dados no IDT/SICAD foram feitas com base na elaboração, implementação monitorização e avaliação do PNRPLA 2010-2012. Ocorreu a partir da consulta aos vários responsáveis de departamentos e grupos de trabalho sobre as diversas políticas do álcool que colaboraram no acesso aos documentos e relatórios produzidos de 2008 em diante. As alterações sofridas no IDT em 2012, quando da sua alteração organizacional para o atual SICAD, dificultaram a recuperação de parte dos documentos primários, a colaboração dos responsáveis que se alteraram e o acompanhamento do processo. Os últimos relatórios referentes a esse processo foram produzidos em 2013.

B.5.2. Estratégia de recolha de dados

Após proceder a catalogação dos dados de acordo com a sua origem e temática no âmbito dos PLA e das políticas públicas, seguiu-se uma leitura sistematizada de todo o material. Esta leitura permitiu selecionar os documentos relevantes que continham dados relevantes para a investigação. Após a seleção dos documentos, os dados foram devidamente categorizados de acordo com uma grelha produzida para o efeito que levou em conta a evolução temporal dos acontecimentos o processo de desenvolvimento das políticas e o teor das diversas políticas públicas em causa.

Paralelamente, no âmbito da intervenção feita junto do IDT/SICAD e do trabalho de observação participante no Fórum Nacional Álcool e Saúde (FNAS), a recolha de documentos produzidos a partir desse fórum e dos seus grupos de trabalho, coordenados pelo IDT/SICAD, recebeu o mesmo tratamento que o restante material do organismo.

Um resumo do material identificado nos *dossiers* em arquivo da DPSM da DGS com o seu conteúdo temático, dimensão dos documentos, período correspondente e grau de importância relativa, avaliado a partir da leitura inicial e seleção dos documentos se encontra na tabela a seguir (Tabela D). Estes *dossiers* contêm um total de 283 documentos catalogados e classificados.

Tabela D – *Dossiers* de documentos arquivados da DGS/DPSM e descrição dos conteúdos

DOSSIER Nº 00 – Diretor Geral

Período de tempo: Fevereiro a Dezembro de 2003
Descrição dos Assuntos: Articulação e cooperação entre DGS e IDT
Nº de documentos: 14
Interesse: MÉDIO

DOSSIER Nº 00a – Direção do DPSM

Período de tempo: Abril a Dezembro de 2003
Descrição dos Assuntos: Articulação e cooperação entre DGS, CRAs e IDT
Nº de documentos: 5
Interesse: MÉDIO

DOSSIER Nº 1 – REUNIÕES COM OS CRAs

Período de tempo: 2002 a 2006
Descrição dos Assuntos: Troca de correspondência e reuniões periódicas entre os CRA e a DGS
Nº de documentos: 2
Interesse: PEQUENO/NULO

DOSSIER Nº 2 – ÁLCOOL E CONDUÇÃO

Período de tempo: 1997 a 2006
Descrição dos Assuntos: Pasta 1) troca de correspondência entre DGS, ARS, Min. Saúde, DGV, INML (26);
Pasta 2) documentos técnicos (5);
Pasta 3) legislação - fotocópias (2);
Pasta 4) artigos comunicação social (0)
Nº de documentos: 26+5+2+0 = 33
Interesse: MÉDIO

DOSSIER Nº 3 - (INEXISTENTE)

DOSSIER Nº 4 - DIVERSOS: CORRESPONDÊNCIA E PARECERES

Período de tempo: 2000 de 2000
Descrição dos Assuntos: Pasta 1) troca de correspondência entre DGS, ARS, Min. Saúde, AR (33); *
Pasta 2) formulários (0);
Pasta 3) documentos técnicos(3);
Pasta 4) legislação (3);
Nº de documentos: 33+3+3=39
Interesse: ALTO*

DOSSIER Nº 5 - ALCOOLOGIA

Período de tempo: 1994 a 2006
Descrição dos Assuntos: Pasta 1) troca de correspondência entre DGS, Min. Saúde - Plano Ação Alcológico (6); *
Pasta 2) legislação projeto lei criação da RAN (1); *
Pasta 3) documentos técnicos: artigos científicos (3), *alcoholweb* (1), álcool e jovens (J.Breda) (6), mortalidade (1), *simposium* de alcoologia (14); (total=24)
Nº de documentos: 7+1+25 = 33
Interesse: ALTO*

DOSSIER Nº 6 - ASSUNTOS GENÉRICOS SOBRE O ÁLCOOL

Período de tempo: 1998 a 2001
Descrição dos Assuntos: Pasta 1) troca de correspondência entre DGS, Min. Saúde, DGV, Governo, AR - Plano Alcológico Nacional (7); *
Pasta 2) documentos técnicos (10);
Nº de documentos: 7+10 = 17
Interesse: ALTO*

DOSSIER Nº 7 - REDE ALCOOLÓGICA NACIONAL

Período de tempo: 2003 a 2006
Descrição dos Assuntos: Rede Alcológica Nacional (RAN)
Nº de documentos: 15
Interesse: MÉDIO

DOSSIER Nº 8 -	<u>PROGRAMA NACIONAL DE PREVENÇÃO DOS PLA</u>
Período de tempo:	2001 a 2005
Descrição dos Assuntos:	Correspondência DGS e MS sobre comissões, grupos técnicos e despachos.
Nº de documentos:	5
Interesse:	MÉDIO
DOSSIER Nº 9-	<u>ÁLCOOL TABACO E OUTRAS DROGAS ILÍCITAS</u>
Período de tempo:	2000 a 2007
Descrição dos Assuntos:	Vários que abordam questões de participação e desenvolvimento de políticas públicas do álcool entre outras drogas.
Nº de documentos:	7
Interesse:	MÉDIO
DOSSIER Nº 10 –	<u>ÁLCOOL E INDÚSTRIA</u>
Período de tempo:	2004 a 2007
Descrição dos Assuntos:	Troca de correspondência e documentos com tomada de posições da Indústria do Álcool em Portugal
Nº de documentos:	19
Interesse:	GRANDE
DOSSIER Nº 11 -	<u>(INEXISTENTE)</u>
DOSSIER Nº 12 –	<u>ÁLCOOL: ENQUADRAMENTO INTERNACIONAL</u>
Período de tempo:	2003 a 2006
Descrição dos Assuntos:	Pasta 1) troca de correspondência e documentos entre DGS e peritos nacionais e internacionais sobre reuniões e <i>working groups</i> , projetos europeus, relatórios e estratégias. (7 doc.) Pasta 2) - documentos técnicos, projetos europeus, relatórios. (14 doc.)
Nº de documentos:	7+14=21
Interesse:	MÉDIO
DOSSIER Nº 13-	<u>ÁLCOOL E UNIÃO EUROPEIA</u>
Período de tempo:	1998 a 2007
Descrição dos Assuntos:	Pasta 1) troca de correspondência da DGS sobre participação em reuniões internacionais e europeias (14); Pasta 2) documentos técnicos europeus (22);
Nº de documentos:	14+22=36
Interesse:	MÉDIO
DOSSIER Nº 14 -	<u>PACOTE DO ÁLCOOL</u>
Período de tempo:	2004 a 2005
Descrição dos Assuntos:	Documentos para a elaboração e documentos constituintes do Pacote do Álcool (medidas legislativas e RAN)
Nº de documentos:	25
Interesse:	ALTO
DOSSIER Nº 15 -	<u>NATIONAL COUNTERPART PARA O ÁLCOOL - OMS</u>
Período de tempo:	2000 a 2005
Descrição dos Assuntos:	Participação de Portugal na OMS para elaboração dos planos ligados ao álcool
Nº de documentos:	2
Interesse:	MÉDIO
DOSSIER Nº 16 -	<u>INEXISTENTE</u>
DOSSIER Nº 17 –	<u>COMISSÃO INTERMINISTERIAL DO ÁLCOOL /CONSELHO TÉCNICO DE ALCOOLOGIA</u>
Período de tempo:	1993 e 2002 a 2003
Descrição dos Assuntos:	Legislação do Conselho Técnico de Alcoologia e correspondência entre DGS e MS e reuniões
Nº de documentos:	3
Interesse:	MÉDIO

DOSSIER Nº 18 –	<u>ÁLCOOL REUNIÕES</u>
Período de tempo:	2004 a 2006
Descrição dos Assuntos:	Listagem das reuniões internas da DGS - grupo do álcool.
Nº de documentos:	1
Interesse:	BAIXO
DOSSIER Nº 53 -	<u>IDT (1)</u>
Período de tempo:	2002 a 2006
Descrição dos Assuntos:	Dossier com documentos que refletem a tentativa de manter uma colaboração institucional entre a DGS e o IDT, nomeadamente de definição de competências, trabalho conjunto, trocas de informação e representação em órgãos internacionais. Correspondência entre IDT e DGS sobre relatórios, estratégias de luta contra a droga produzidas, grupos de trabalho internacionais (Grupo Horizontal da Droga, OEDT) e colaborações entre DGS, IDT, CRAs, coletânea de legislação.
Nº de documentos:	3
Interesse:	MÉDIO
DOSSIER Nº 54 –	<u>IDT (2)</u>
Período de tempo:	2005 a 2006
Descrição dos Assuntos:	Dossier com documentos que refletem a tentativa de manter uma colaboração institucional entre a DGS e o IDT na prossecução de políticas, que se intensifica neste período de tempo. Correspondência dirigida a DGS e documentação sobre: <ol style="list-style-type: none"> 1. Indústria Farmacêutica (reclassificação da buprenorfina), 2. ANF (Programa de administração de metadona nas farmácias, Diz não a seringa em 2ª mão), 3. Protocolo de colaboração do IDT com Cruz Vermelha Portuguesa para programa de prevenção do consumo de álcool – participação da DGS (2005), relatórios, avaliações e planos de combate a droga do IDT (meio laboral, prevenção) para apreciação da DGS, 4. Coletânea de legislação.
Nº de documentos:	3
Interesse:	BAIXO
DOSSIER processo nº 94 –	<u>SPTT (Pasta eliminada)</u>
Período de tempo:	1997 a 2001
Descrição dos Assuntos:	Troca de informações sobre DROGA e atividade de prevenção (IPDT) e tratamento (SPTT), nomeadamente <ol style="list-style-type: none"> 1. Listagens de unidades de tratamento, 2. Substâncias psicotrópicas, 3. Diplomas legais, 4. Planos Nacionais de Luta contra a Droga e a Toxicodependência, 5. Inquéritos nacionais.
Nº de documentos:	5
Interesse:	NULO

O principal material identificado em arquivo do IDT/SICAD e do FNAS inclui uma variedade de tipos de documentos e suportes fruto da produção técnica do IDT/SICAD e outros oriundos de um conjunto de atividades ao longo do tempo do IDT e do FNAS, em número e dimensão não identificados. Entre eles destacam-se:

- Correspondência, documentos de trabalho e relatórios da Reunião de reflexão dos Grupos de Trabalho e Grupos do PNRPLA e Grupos de Acompanhamento e Avaliação do PNRPLA
- Notas de campo de reuniões com responsáveis pelas políticas do álcool no IDT/SICAD
- Plano Nacional de Redução dos Problemas Ligados ao Álcool (proposta de 2009 e documento oficial aprovado de 2010)
- Relatórios Anuais de Atividades do IDT/SICAD
- Relatórios Anuais sobre o Ponto da Situação do País do IDT/SICAD

- Relatórios Epidemiológicos e Estudos
- Diplomas Legislativos

C. OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE NO FNAS E SEUS GRUPOS DE TRABALHO

O FNAS é um foco de atenção dessa investigação devido a sua importância estratégica no que diz respeito à implementação do PNRPLA 2010-2012. A presença, participação e discurso dos atores sociais e a influência que estes procuram exercer sobre as ações estratégicas e desenvolvimento das políticas públicas é uma espécie de "ensaio comunitário". Assim, a análise do funcionamento do FNAS e da ação dos atores participantes e das atividades comuns pode contribuir por si só para a compreensão de algumas das questões de investigação. Todavia, é claro que o comportamento público nesse fórum não corresponde totalmente ao posicionamento real dos atores, bem como as políticas públicas promovidas no seu âmbito não se refletem totalmente na realidade das políticas públicas desenvolvidas.

Como parte do estudo de caso, a recolha de dados e produção de informação sobre o FNAS foi feita a partir de técnicas de observação participante nas reuniões do FNAS e seus grupos de trabalho, complementada com a recolha de documentos produzidos no seu seio. Essas técnicas, comuns em estudos de caso, seguem um paradigma interpretativo (Strauss e Corbin, 1990; Bogdan e Biklen, 1994; Stake, 1995;) e no caso da observação participante, esta permite por um lado, uma proximidade contínua com os fenómenos a estudar, de forma a acompanhar a ação e a melhorar a percepção da realidade, e por outro lado, a seleção e reorientação, quando necessária, da recolha de dados de forma a ser capaz de dar resposta às questões propostas na investigação.

C.1. Estratégia de procura, identificação e seleção de dados

O processo de recolha de dados foi antecedido por um pedido de autorização feito pelo investigador à direção da instituição coordenadora (IDT/SICAD) e ao secretariado do FNAS. Durante estes contactos, explicou-se, em linhas gerais, quais os objetivos do estudo e qual o tipo de contributos que esperava conseguir, bem como quais as possíveis implicações que poderiam ocorrer.

O início da produção e recolha de dados se deu a partir de 2010 (início oficial do FNAS) e estendeu-se até o ano de 2013, aquando do final da vigência e da avaliação do PNRPLA 2010-2012.

A recolha da informação observada se fez complementar pela recolha de dados de registo das reuniões e das atividades decorridas no âmbito do FNAS, oferecendo um registo com detalhes factuais sobre os acontecimentos, as atividades e posicionamento dos atores. Além desses documentos primários produzidos, existiram relatórios sobre a atividade e os resultados do FNAS. Estes documentos secundários produzidos pelo IDT/SICAD, apesar de serem referentes ao FNAS e deles dar informação, foram tratados como os outros documentos administrativos produzidos pelo IDT e não diretamente a partir do FNAS.

A observação participante e a recolha de documentação complementar produzida incidu sobre as reuniões do FNAS, da Comissão Executiva do FNAS, Grupos de Trabalho do FNAS, durante o período de 27/10/2010 a 04/04/2013 e estão relacionadas com o PNRPLA 2010-12 (ver a listagem completa das reuniões do FNAS de 2008 a 2014 na Tabela E).

Tabela E- Reuniões e sumários no âmbito do FNAS (2008-2014)

2008-2010 - REUNIÕES DA FASE PREPARATÓRIA DO FNAS

- Fórum Nacional sobre o Álcool 2008, 25-06-2008
Local: Fundação Bissaya Barreto, Coimbra.
Criação da proposta de elaboração do PNRPLA: constituição de 7 grupos de trabalho dirigidos para áreas de intervenção prioritárias em matéria de álcool (Jovens, crianças e grávidas; Sinistralidade Rodoviária; Adultos e Meio Laboral; Prevenção, Formação, Comunicação e Educação; Sistemas de Informação e Recolha de Dados; Tratamento; Reinserção). Do trabalho desenvolvido resultou o Plano Nacional de Redução dos Problemas Ligados ao Álcool (PNRPLA 2010-2012).
- Fórum Nacional Álcool e Saúde 2009, 21-09-2009
Local: Palácio dos Marqueses da Praia e Monforte, Loures.
Início do trabalho de redação da Carta de Compromisso e seleção dos membros que constituiriam o FNAS.

2010-2013 - REUNIÕES DO FNAS (PNRPLA 2010-2012)

Local: Palácio dos Marqueses da Praia e Monforte, Loures

- Fórum Nacional Álcool e Saúde 2010, 27-10-2010
 - Assinatura das Cartas de Compromisso dos membros do FNAS, apresentação do PNRPLA e da plataforma na Internet do Diretório do Álcool. Nessa reunião foi decidida a constituição da Comissão Executiva, bem como os estatutos de Membros Fundadores e demais Membros Observadores.
- Comissão Executiva 04-01-2011
- Comissão Executiva 25-03-2011
- Fórum Nacional Álcool e Saúde 2011, 31-03-2011
 - Aprovação do Regulamento da Comissão Executiva, bem como os Procedimentos de Aprovação dos Compromissos, tendo sido apresentada uma sumula dos compromissos recebidos. O FNAS encerraria o seu ciclo (2010/2012) com a concretização dos 47 compromissos submetidos e aprovados que se desdobravam em 84 objetivos.
- Comissão Executiva 25-05-2011
- Comissão Executiva 30-09-2011
- Comissão Executiva 16-03-2012
- Fórum Nacional Álcool e Saúde 2012, 10-04-2012
 - Apresentação de orientações e estado da arte de algumas áreas de atuação dos membros do FNAS
 - Análise e recolha de contribuições para a alteração do Decreto-Lei n.º 9/2002, de 24 de Janeiro, sobre disponibilização e venda de bebidas alcoólicas, que viria a resultar na Nova Lei do Álcool aprovada em 2013.
 - Apresentação de compromissos por membros do FNAS
- Comissão Executiva 19-11-2012
- Comissão Executiva 14-12-2012
- Comissão Executiva 04-02-2013
- Comissão Executiva 18-03-2013
- Comissão Executiva 03-04-2013
- Fórum Nacional Álcool e Saúde 2013, 04-04-2013
 - Avaliação do trabalho produzido no âmbito dos compromissos assumidos pelos membros do FNAS e o seu contributo para o cumprimento das metas do PNRPLA 2010-2012.
 - Apresentação das alterações à Lei do Álcool recentemente aprovada em Conselho de Ministros, com uma análise do diploma legal aprovado em Conselho de Ministros e as diferenças identificadas em relação às propostas originais da Subcomissão de Trabalho do FNAS para a Regulação e Fiscalização da Oferta de Substâncias Lícitas.
 - Apresentação e aprovação de proposta de tomada de posição contra determinadas medidas e artigos da nova Lei do Álcool, nomeadamente em relação a proibição de venda a menores, discordantes das posições consensuais do FNAS. A proposta foi elaborada pela Comissão Executiva do FNAS.
 - Aspetos referentes à intenção de se dar oficialmente continuidade ao FNAS, já abrangido pelo novo "Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e Dependências" (PNRCAD), bem como a sua articulação com linhas de ação emergentes como a *Joint Action on Reducing Alcohol Related Harm* (RARHA) coordenados pelo SICAD.

2013 - 2014 - REUNIÕES DO FNAS (para a construção e desenvolvimento do PNRCAD 2013-2020 e Plano de Ação 2013-2016)
Local: Palácio dos Marqueses da Praia e Monforte, Loures

Após o PNRPLA 2010-2012 ainda continuaram a ocorrer reuniões periódicas que visavam dar continuidade ao trabalho e atividades do FNAS, já no âmbito do novo Plano Nacional, mas sem abandonar os princípios e objetivos globais que estiveram presentes anteriormente.

- Comissão Executiva 31-05-2013
- Comissão Executiva 23-07-2013
- Comissão Executiva 05-11-2013
- Fórum Nacional Álcool e Saúde 2013, 11-11-2013
- Grupos de Trabalho 2013/2014 (criados em 11-11-2013)
 - (1) 20-01-2014 - Informação/sensibilização
 - (2) 22-01-2014 - Investigação e Atividade Científica
 - (3) 24-01-2014 - Redução de Riscos Minimização de Danos / Fiscalização / Domínio da Oferta
 - (4) 27-01-2014 - Prevenção/Formação
 - (5) 29-01-2014 - Tratamento/Reinserção
- Fórum Nacional Álcool e Saúde 2014, 18-02-2014
- Fórum Nacional Álcool e Saúde 2014, 08-05-2014

C.2. Estratégia de recolha de dados

Observação direta participante nas reuniões do FNAS

A recolha de dados se baseou nos conteúdos das temáticas discutidas, nas tomadas de decisões, nas participações, discursos e nos posicionamentos dos diversos grupos de atores sociais no contexto a cada momento. As observações ocorridas adquiriram a forma de notas de campo e relatórios, organizados de acordo com as reuniões ocorridas.

Documentos primários complementares no âmbito da observação do FNAS

Os documentos que foram produzidos no âmbito do FNAS pelos atores sociais envolvidos, pelo secretariado e pela comissão executiva do FNAS no período de influência do PNRPLA 2010-2012, incluem:

- Compromissos dos Membros do FNAS para o PNRPLA 2010-2012 (46 entidades)
- Documentos produzidos pelos atores sociais e secretariado do FNAS
- Documentos e Apresentações referentes a Reuniões do FNAS
- Relatórios e Notas de campo de reuniões do FNAS das Comissões Executivas do FNAS e dos Grupos de Trabalho do FNAS
- Relatórios de Monitorização e Avaliação do FNAS
- Notas de Campo sobre informações recolhidas junto de membros e secretariado do FNAS
- Outros documentos disponibilizados no Diretório do Álcool (site do FNAS)

Todos os documentos produzidos no FNAS foram organizados de acordo com a sua origem, relacionados temporalmente com as observações feitas no FNAS e de acordo com os assuntos em questão. Posteriormente foram objeto de tratamento, com a seleção e categorização dos dados relevantes para a investigação.

Outros documentos secundários no âmbito do FNAS

O IDT/SICAD e a coordenação do PNRPLA 2010-2012 produziram um conjunto de documentos enquadradores para o FNAS, bem como de monitorização e avaliação. O tratamento recolha, seleção e categorização dos dados relevantes para a investigação é o mesmo dado aos documentos administrativos. Todavia, estes documentos também foram considerados no contexto do FNAS como fonte de informação e dados, apesar de

estarem enquadrados e como documentação administrativa ou material de avaliação do PNRPLA 2010-2012.

D. INFORMAÇÃO E DADOS OBTIDOS A PARTIR DE INQUÉRITO AOS ATORES SOCIAIS

A informação a ser obtida a partir do inquérito relaciona-se com as percepções dos atores sociais sobre as políticas do álcool, os planos nacionais e suas medidas e a atuação dos atores sociais.

A utilização de um inquérito em forma de questionário para a obtenção de informação sistematizada foi uma decisão estratégica dessa investigação, em alternativa a entrevistas em profundidade aos atores sociais. Esta decisão baseou-se não só nas limitações de tempo disponível para o desenvolvimento desta fase da investigação com um número significativo de atores sociais diversos (de forma a colher uma percepção e posicionamento mais próximos da realidade), mas também na impossibilidade prática das entrevistas conseguirem abranger a maior parte dos assuntos sobre as políticas do álcool e medidas das quais se desejaria colher a percepção e posição dos atores sem que se transformassem em uma espécie de inquérito de perguntas abertas.

Por outro lado, a utilização de inquéritos já havia sido a opção metodológica de outras investigações similares internacionais, o que corroborou a decisão aqui tomada e ajudou na estruturação do questionário utilizado na investigação. O questionário desenvolvido permitiu a recolha de informação sobre as percepções dos atores sociais em relação às políticas públicas em geral e aos planos nacionais desenvolvidos no período definido pela investigação.

Assim, o inquérito por questionário, em alternativa a entrevistas, veio oferecer uma maior objetividade na obtenção da informação a ser recolhida e permitiu atingir um maior número de atores simultaneamente e num tempo determinado.

Algumas outras vantagens importantes da utilização de questionários como técnica de recolha de dados são a de permitir que as pessoas respondam no momento mais apropriado às questões, não expor os inquiridos à influência direta do investigador e garantir uma maior anonimização das respostas às perguntas padronizadas. A sua aplicação possibilita ainda a conversão da informação em dados pré-formatados, facilitando a sua agregação, comparação e análise.

Todavia, a estrutura, a linguagem, os conceitos e termos técnicos, bem como o tom e a forma de apresentação das questões e do questionário necessitaram de elevada atenção. As questões foram estritamente relacionadas aos objetivos em causa, definidas de forma clara e coerente, identificadas com os temas e indicadores a ser medidos e a sua abordagem foi feita de forma neutra. As referências colhidas de outras investigações internacionais que utilizaram esse tipo de instrumento para recolher informação semelhante em outros contextos serviu como base inicial para organizar o trabalho.

D.1. Estratégia de procura, identificação e seleção de dados

O questionário

O questionário utilizado nesta investigação foi elaborado com base num questionário já existente. O instrumento original, apresentado no documento *Stakeholders' views of alcohol policy* (Anderson & Baumberg, 2005), foi utilizado a nível europeu para fins semelhantes. É constituído por uma parte com questões de resposta fechada e de análise quantitativa e outra parte com questões de resposta aberta e de análise qualitativa e faz parte do trabalho desenvolvido para a elaboração do Relatório Europeu

sobre as políticas do álcool para a Comissão Europeia, *Alcohol in Europe: a public health perspective* (Anderson & Baumberg, 2006).

Partindo dessa estrutura inicial e adotando as dimensões ou categorias já definidas a partir das políticas do álcool na Europa do questionário original referido, desenvolveu-se a mesma abordagem na elaboração do questionário para as políticas portuguesas, enquadrando-as nas categorias já definidas (que foram igualmente adotadas para a toda a investigação), com vista a recolher informação sobre as perceções que os atores sociais tinham sobre essas políticas. A adaptação do questionário se fez preservando a 1ª parte, que utiliza, escalas de *Likert* para avaliar a percepção dos inquiridos em relação as questões em concreto das políticas do álcool. Substitui-se a parte seguinte, relativa as políticas europeias de 2000 a 2006, pelas políticas portuguesas na ultima década (2000-2007 e 2008-2012). Acrescentou-se ainda uma 3ª parte relativa a análise da atuação dos grupos de atores sociais (de organismos governamentais e da administração pública, de organizações não-governamentais e dos operadores da indústria do álcool). Manteve-se uma parte final do questionário original que permite respostas abertas e comentários, onde se pretendeu recolher mais informação relevante de fácil categorização posterior (ver o questionário completo no Anexo 5).

A população alvo

A informação obtida através da aplicação de questionários requer antes de mais, a identificação e seleção da população alvo a ser inquirida, no caso dos atores sociais envolvidos nas políticas do álcool entre 1999 e 2012.

Para tal, utilizou-se a população-alvo dos atores sociais identificada e definida no universo da investigação, através das seguintes referências:

- Contactos com os serviços responsáveis pelas políticas do álcool e dos documentos administrativos e registos de arquivo recolhidos e
- Funcionamento do FNAS e da indicação dos atores sociais participantes desde a sua criação, utilizando uma estratégia similar a intitulada *snowball* para, através da indicação dos atores contactados, encontrar outros atores que permitissem completar a lista.

O universo dos atores assim identificados abrangueu:

- Os dirigentes colaboradores dos serviços responsáveis pelo álcool da DGS - Direção Geral de Saúde e dos Centros Regionais de Alcoologia, bem como outras entidades identificadas na atividade e documentos desses como estando envolvidas nas políticas do álcool (no período de 2000 a 2007).
- As entidades envolvidas no FNAS - incluindo representantes dos operadores da Indústria do Álcool, organizações da sociedade civil e organismos da administração pública - e os dirigentes colaboradores dos serviços responsáveis pelo álcool do IDT/SICAD (no período de 2008 a 2012 e após 2012),

A população-alvo envolvida correspondeu a 100 entidades diferentes (organizações e serviços), das quais foi possível confirmar a atual existência e efetuar contactos efetivos com atores sociais em 73 delas.

D.2. Estratégia de recolha de dados

A preparação para aplicação do questionário foi iniciada em Janeiro de 2014, com uma fase de validação da tradução e adaptação. O questionário original que serviu de base para do questionário utilizado na investigação sofreu uma tradução inglês-português por parte do autor, tendo sido validada por outro investigador bilingue que se voluntariou a verificar a sua fidelidade utilizando retro-traduções das partes que suscitavam dúvidas. A seguir, foi feita a sua aplicação a um grupo restrito de atores e outros investigadores, que permitiu corrigir algumas imprecisões e melhorar a compreensão e a forma como se

apresentava o instrumento. As principais críticas se prenderam a extensão do questionário que o tornava “pouco amigável”, apesar de se considerar que todas as questões e partes do questionário eram muito relevantes para o objetivo da investigação, pelo que deveriam ser mantidas.

Ainda no final de Janeiro de 2014, uma sensibilização prévia a aplicação do questionário para a maior parte da população alvo, através da sua apresentação e discussão em reuniões de grupos de trabalho do FNAS ocorridas nesta altura.

Analizando a estrutura final do questionário, este se divide em 5 partes (para além da parte introdutória de recolha de dados pessoais e institucionais, bem como, informação sobre confidencialidade e anonimato da origem dos dados, consentimento informado e autorização do inquirido):

- Reproduz a abordagem do questionário utilizado na investigação *Stakeholders' views of alcohol policy*, no âmbito do trabalho que compõem o relatório europeu *Alcohol in Europe: a public health perspective. A report for the European Commission* - que recolhe a perceção do inquirido sobre a importância e o impacto potencial de uma série de medidas (35) relacionadas com as políticas do álcool (através de uma escala de *Likert*).
- Recolhe a perceção do inquirido sobre a importância, a implementação e o impacto de um conjunto de variáveis que refletem uma série de medidas concretas (25) definidas no PACA 2000 (através de uma escala de *Likert*).
- Recolhe a perceção do inquirido sobre a importância, a implementação e o impacto de um conjunto de variáveis que refletem uma série de medidas concretas (37) definidas no PNRPLA 2010-2012 (através de uma escala de *Likert*).
- Recolhe a perceção do inquirido sobre a atuação de apoio *versus* oposição dos diversos grupos de atores sociais em relação um conjunto de medidas das políticas do álcool. (através de uma escala de *Likert*).
- Recolhe a perceção do inquirido sobre avanços, barreiras, oportunidades e necessidades das políticas do álcool em Portugal (através de respostas escritas a questões abertas).

Todos os indicadores que permitiram a recolha de dados foram analisados isoladamente, como subcategorias - medidas políticas específicas - mas também de forma agregada, quando incorporados numa das categorias (12) definidas a partida para o questionário e também utilizadas nas demais estratégias de recolha de informação da investigação para as políticas públicas do álcool. Assim, se obteve uma análise objetiva de dados específicos, mas também uma análise mais robusta e compreensiva dos resultados, tanto no âmbito do questionário, como da investigação como um todo. Da mesma forma, os dados resultantes da parte final do questionário com perguntas abertas foram agregados nas suas categorias específicas, mas também contextualizados nas categorias de políticas públicas a que diziam respeito para análise dos dados.

A aplicação alargada do questionário começou a ser feita em meados de Fevereiro de 2014 e decorreu até o final de Maio de 2014. Como referido anteriormente, a população-alvo envolvida correspondia a representantes de 100 entidades diferentes, que receberam convite para participação por via eletrónica, contendo o questionário em formato Microsoft Office Excel. Foi possível estabelecer contacto com 73 dessas entidades. O convite foi reenviado para todas as entidades identificadas pelo menos por duas vezes no período definido para coleta de dados. Das 73 entidades identificadas e com as quais se conseguiu estabelecer contacto, 6 representantes de entidades declinaram da sua participação (os principais motivos se prenderam a alguma condicionante, incapacidade percebida para a tarefa ou não autorização superior da entidade a que pertenciam atualmente). A listagem final de entidades que acederam responder ao questionário se fixou assim em 67 entidades. O número total de respostas válidas recebidas ao questionário foi contabilizado em 56 questionários, representativos

de 51 entidades das 73 efetivamente contactadas (com uma taxa de resposta de 70%) e das 67 que aceitaram participar (com uma taxa de resposta de 76%). A não equivalência entre respostas e entidades/serviços acontece devido ao fato de algumas entidades possuem mais de um representante/colaborador que respondeu ao questionário, bem como alguns atores representarem simultaneamente mais de uma entidade ao longo do tempo.

Os dados quantitativos foram transpostos e codificados com o uso do programa estatístico SPSS 20. A análise dos dados preliminares observados, através da agregação dos questionários de acordo com o grupo de origem - 1. Governo e Administração Pública e organismos representativos; 2. Operadores de bebidas alcoólicas e grupos interessados; 3. ONGs ligadas à Saúde Pública e à proteção dos consumidores - para comparar as diferenças entre grupos, apresentam algumas dificuldades:

Existe um pequeno número de respondentes de alguns grupos (especialmente do grupo 2 por si só já restrito e composto de grandes representantes setoriais)

Simultaneamente demonstrou ser útil uma estratégia complementar de se subdividir o grupo 1 entre atores dos organismos da Saúde e atores dos restantes organismos públicos, já que parecem existir pontos de vista e respostas díspares nestes atores em particular.

Tais circunstâncias enfraquecem o poder estatístico dos dados e prejudicam a comparação entre grupos dos resultados obtidos. A melhor estratégia para análise dos resultados mostrou ser a utilização dos resultados mais do ponto de vista do qualitativo que quantitativo, à semelhança dos demais dados da investigação e da abordagem metodológica principal da investigação em si. Do ponto de vista geral, esta decisão se adequa à investigação, já que esta possui um cunho eminentemente qualitativo e não pretende alcançar generalizações mas analisar o caso específico estudado.

ANEXO 5 - QUESTIONÁRIO: A PERCEÇÃO DOS ATORES SOCIAIS SOBRE AS POLÍTICAS DO ÁLCOOL EM PORTUGAL

INTRODUÇÃO

Em 2005, o Instituto de Estudos de Álcool e Dr. Peter Anderson, Consultor em Saúde Pública, foram contratados para preparar um relatório para a Comissão Europeia sobre as consequências de saúde e sociais do uso inadequado de bebidas alcoólicas nos Estados-Membros da União Europeia. Uma parte do projeto era realizar um levantamento e elaborar um relatório sobre as suas posições dos interessados e necessidades em relação às políticas de álcool. O questionário desenvolvido na altura serviu de base para este trabalho.

Neste momento, no âmbito de uma investigação de doutoramento sobre Políticas do Álcool em Portugal 1999-2012, prevê-se recolher informação similar sobre o contexto português, utilizando como base os itens do mesmo questionário que refletem uma extensa revisão de literatura e de evidências científicas sobre políticas do álcool efetivas e avaliação o ponto de vista dos atores sobre as políticas públicas. Adaptou-se o questionário existente sobre os planos estratégicos e a realização das suas medidas ao contexto dos planos portugueses, de forma a analisar as políticas do álcool portuguesas ao longo da última década, bem como a sensibilidade dos atores envolvidos para cada uma dessas opções de políticas públicas. A preservação da mesma estrutura base de inquérito foi escolhida por duas razões:

- O modelo de investigação e de questionário já foram testados
- Os dados do estudo podem ser comparados com os resultados apresentados para a Europa.

Durante o período em estudo (2000-2012) consideramos que as políticas portuguesas se desenvolveram influenciadas pelos planos que se encontravam em vigor: o PACA (Plano de Ação contra o Alcoolismo), elaborado a partir de 1999 e aprovado em 2000 - Resolução do Conselho de Ministros 166/2000 - e o PNRPLA (Plano Nacional para a Redução dos Problemas Ligados ao Álcool 2010-2012), elaborado a partir de 2008 e aprovado em 2010. O PACA estava em consonância com os documentos e planos europeus da OMS-Europa e da EU que serviram de base para este questionário original, nomeadamente o *WHO European Alcohol Action Plan 2000-2005* (Plano de Ação Europeu Álcool da OMS 2000-2005) e o *Council Recommendation on the drinking of alcohol by young people* (Council of European Union 2001). O PNRPLA teve na sua base o *EU strategy to support Member States in reducing alcohol related harm* (Estratégia para apoiar os Estados-Membros na redução dos efeitos nocivos do álcool) adotado pela Comissão Europeia, na sequência do relatório *Alcohol in Europe - Álcool na Europa* - (a que este questionário original está ligado e que foi publicado em 2006), fruto da recomendação do Conselho de 2001, acima mencionada. Portanto, não só possuem uma sobreposição em termos de aplicação, como uma continuidade em termos políticos e se baseiam em fontes e referências semelhantes.

Pode-se verificar que o questionário que deu origem a este que agora se aplica mantém-se atualizado em relação aos objetivos pretendidos e a abrangência dos assuntos em causa nas políticas estudadas, abrangendo as temáticas mais importantes que servirão de base para a categorização das atividades dos planos nacionais. Os atores sociais que estão sendo convidados para responder ao questionário incluem:

- Organizações governamentais políticas e administrativas que têm atuação sobre alguma área da política do álcool;
- Organizações não-governamentais envolvidas na política do álcool;
- Organizações representativas e que colaboram no sector da Indústria do Álcool.

Um relatório com as respostas agregadas será preparado para analisar os pontos de vista e opiniões relatados pelos diferentes grupos de atores sociais, sem atribuir qualquer comentário específico a uma pessoa singular ou organização.

POLÍTICAS DO ÁLCOOL EM PORTUGAL NO CONTEXTO EUROPEU:
DETERMINANTES PARA A TOMADA DE DECISÕES E DESENVOLVIMENTO DE MEDIDAS EM SAÚDE PÚBLICA

Preenchimento do questionário

O questionário foi elaborado de forma a agregar as informações pretendidas em relação as atividades listadas.

As perguntas apenas pedem a sua opinião e não requerem quaisquer dados ou obtenção de quaisquer dados.

O questionário demora menos de 30 minutos para completar. Ficamos muito gratos com a sua colaboração que é muito importante.

As suas respostas individuais servem para avaliar as políticas do álcool em Portugal, permanecerão completamente confidenciais e não serão fornecidas a qualquer outra pessoa. Somente respostas agregadas, oriundas do conjunto de respostas serão resumidas no relatório final.

Preenchimento das respostas nos campos das tabelas e nos campos de texto

É preferível que complete o questionário diretamente no documento eletrônico disponível.

Para preencher o questionário nos campos das tabelas de avaliação, basta inserir o cursor no campo em branco da linha correspondente a cada medida política em questão, e digitar o valor da sua avaliação de acordo com a escala pré-definida correspondente a cada tema do cabeçalho (ver exemplo abaixo).

POLÍTICA OU PLANO	TEMA / QUESTÃO	TEMA / QUESTÃO	TEMA / QUESTÃO	TEMA / QUESTÃO
ESCALA DE PONTUAÇÃO:	(0) nenhum (1)-(4) baixo (5) moderado (6)-(9) alto (10) muito alto	(0) nenhum (1)-(4) baixo (5) moderado (6)-(9) alto (10) muito alto	(0) nenhum (1)-(4) baixo (5) moderado (6)-(9) alto (10) muito alto	(0) nenhum (1)-(4) baixo (5) moderado (6)-(9) alto (10) muito alto
Medida política ou atividade na área das políticas do álcool	4	8	3	4

Para campos de texto, basta inserir o cursor na caixa de texto e escrever diretamente. Você também pode cortar texto de outros documentos e colá-los nas caixas de texto. Não há limites para o tamanho das caixas de texto apesar de se esperara resposta objetiva e concisa.

A minha resposta...

Em caso de dúvida, entre em contato com Hilson Cunha Filho – hilsonfilho@gmail.com

PARTE I – INFORMAÇÕES PESSOAIS - COMPLETAR TODOS OS ITENS:

Consentimento para utilização da informação fornecida pelo inquirido

Ao preencher este questionário concordo em participar na investigação e responder de forma criteriosa as questões e seguir as indicações que são dadas para o responder. Autorizo e dou consentimento para que a informação por mim fornecida seja utilizada neste contexto. Fui informado que tenho o direito de revogar, em parte ou no seu todo, esta autorização a qualquer momento.

Caracterização do inquirido

Nome:	
Organização:	
Posição/função:	
Telefone de contacto:	
Email:	

Informação complementar

TABELA 1	PORTUGAL (período de influência: 2000 a 2012)	PORTUGAL (período de influência: 2008 a 2012)	UNIÃO EUROPEIA (período de influência: 2001-2012)	WORLD HEALTH ORGANIZATION (período de influência: 2000-2012)
POLÍTICAS DO ÁLCOOL	PACA Plano de Ação contra o Alcoolismo 2000	PNRPLA Plano Nacional para a Redução dos Problemas Ligados ao Alcool 2010-2012	- <i>Recommendation on the drinking of alcohol by young people ,in particular children and adolescents 2001;</i> - <i>Community strategy to reduce alcohol related harm 2001;</i> - <i>EU strategy to support Member States in reducing alcohol related harm 2006</i>	- <i>WHO European Alcohol Action Plan 2000-2005</i> - <i>WHO European Alcohol Action Plan 2006-2010;</i> - <i>Framework for alcohol policy in the WHO European Region 2006;</i> - <i>WHO Global strategies to reduce harmful use of alcohol 2010</i>
ESCALA DE PONTUAÇÃO:	(0) nenhum (1)-(4) baixo (5) moderado (6)-(9) alto (10) muito alto	(0) nenhum (1)-(4) baixo (5) moderado (6)-(9) alto (10) muito alto	(0) nenhum (1)-(4) baixo (5) moderado (6)-(9) alto (10) muito alto	(0) nenhum (1)-(4) baixo (5) moderado (6)-(9) alto (10) muito alto
A. Como avalia o seu nível de conhecimento em relação aos conjuntos das políticas do álcool descritos a seguir? de 0(nenhum) a 10(muito alto)				

PARTE II - POLÍTICAS DO ÁLCOOL

A lista da tabela 2 foi composta de 35 medidas, em 12 domínios das políticas de álcool, que haviam sido identificados a partir da revisão de literatura desenvolvida para o relatório, *Alcohol in Europe* (Álcool na Europa) (Anderson & Baumberg, 2006).

Os dois itens de avaliação, o do impacto das políticas e o da importância política, foram escolhidos, pois considerou-se que pode haver alguns itens de política (por exemplo, educação), que responderam pode considerar como tendo baixo impacto das políticas, mas, no entanto, ser importante para implementar.

Na tabela a seguir, estão listadas uma série de medidas sobre as políticas do álcool. Em cada uma dessas medidas políticas, por favor indique numa escala de 0 a 10 o seu ponto de vista.

TABELA 2	AVALIAÇÃO DO IMPACTO	AVALIAÇÃO DA IMPORTÂNCIA
POLÍTICAS DO ÁLCOOL	A. Em Portugal, qual considera ser o grau de IMPACTO que a aplicação desta medida pode ter na redução dos danos causados pelo álcool de 0 (nenhum) a 10 (muito alto) (por exemplo, a sua visão do impacto que a medida política teria no aumento dos anos de vida sem doença/incapacidade e/ou na redução de morte prematura decorrente de álcool)	B. Em Portugal, qual considera ser o grau de IMPORTÂNCIA que a aplicação desta medida pode ter na redução dos danos causados pelo álcool de 0 (nenhum) a 10 (muito alto)
ESCALA DE PONTUAÇÃO:	(0) nenhum (1)-(4) baixo (5) moderado (6)-(9) alto (10) muito alto	(0) nenhum (1)-(4) baixo (5) moderado (6)-(9) alto (10) muito alto
CONDUÇÃO SOB O EFEITO DO ÁLCOOL	Impacto	Importância
limite máximo de alcoolemia no sangue de 0,5 g/L em Portugal e em toda a Europa		
poderes não restritivos para aplicação de testes de alcoolemia (aleatório e dirigido) em Portugal e em toda a Europa		
sanções para condução sob efeito do álcool devem ser comuns a toda a Europa		
campanhas de condutor designado em Portugal e em toda a Europa		
EDUCAÇÃO, COMUNICAÇÃO, TREINO E CONSCIENCIALIZAÇÃO PÚBLICA	Impacto	Importância
campanhas de educação para promover a consciencialização do público sobre assuntos de política de álcool		

POLÍTICAS DO ÁLCOOL EM PORTUGAL NO CONTEXTO EUROPEU:
DETERMINANTES PARA A TOMADA DE DECISÕES E DESENVOLVIMENTO DE MEDIDAS EM SAÚDE PÚBLICA

programas de educação nas escolas e ensino superior		
campanhas de educação sobre intoxicação, potencial adictivo e riscos para a saúde do álcool		
campanhas de educação sobre os benefícios da redução do consumo de risco e nocivo de álcool		
acesso público a informações sobre a Indústria do Alcool relevantes para a implementação da política de álcool		
educação sobre os danos causados pelo álcool e o que pode ser feito para os reduzir direcionada a todos os que trabalham na produção, venda e distribuição de bebidas alcoólicas		
EMBALAGEM E ROTULAGEM DE PRODUTOS COM ÁLCOOL	Impacto	Importância
inibição de promoção de bebidas alcoólicas com impressões erradas sobre as suas características ou efeitos na saúde		
inibição de promoção de bebidas alcoólicas com apelo direto ou indireto a menores de idade		
bebidas alcoólicas com advertências de segurança e saúde definidas pelo ministério da saúde		
bebidas alcoólicas com informações sobre a concentração de álcool, conteúdo, valor calórico e ingredientes que podem causar alergias		
RELACIONADAS COM PREÇOS E TAXAS PARA REDUZIR OS DANOS CAUSADOS PELO ÁLCOOL	Impacto	Importância
preço de bebidas alcoólicas com aumentos de acordo com a inflação		
taxas proporcionais ao teor alcoólico das bebidas, sem limite		
bebidas com maior concentração de álcool tributadas num nível desproporcionalmente superior às de menor concentração		
taxas sobre bebidas alcoólicas aumentadas até um nível mínimo, extensível a toda a Europa		

POLÍTICAS DO ÁLCOOL EM PORTUGAL NO CONTEXTO EUROPEU:
DETERMINANTES PARA A TOMADA DE DECISÕES E DESENVOLVIMENTO DE MEDIDAS EM SAÚDE PÚBLICA

COMÉRCIO ILÍCITO DE PRODUTOS COM ÁLCOOL	Impacto	Importância
bebidas alcoólicas marcadas para permitir a monitorização do seu comércio e estado legal		
SUBSÍDIOS A VIAJANTES NA UNIÃO EUROPEIA	Impacto	Importância
subsídios pessoais dos viajantes reduzidos para cerca de um sétimo do atual limite - o equivalente a 40 garrafas de vinho (até que os impostos sobre o álcool sejam harmonizados em toda a Europa)		
RESTRIÇÕES À DISPONIBILIDADE DE ÁLCOOL	Impacto	Importância
avaliações de impacto para a saúde e o ambiente social para a abertura de novos estabelecimentos de venda de bebidas alcoólicas ou alteração de existentes		
VENDA A MENORES	Impacto	Importância
proibição de venda de produtos com álcool a menores de idade de acordo com a legislação nacional (Portugal: 18 anos)		
fiscalizações e penalizações a vendedores e distribuidores de forma a garantir o cumprimento das medidas relevantes		
PUBLICIDADE, PROMOÇÃO E PATROCÍNIO DO ÁLCOOL	Impacto	Importância
proibição de todas as formas de publicidade, promoção e patrocínio de bebidas alcoólicas a menores		
advertências de saúde apropriadas ou mensagens de segurança em toda a publicidade, promoção e patrocínio de bebidas alcoólicas		
proibição de promoções de venda, direta ou indiretas, que incentivem a compra de bebidas alcoólicas		
aplicação e fiscalização da Diretiva Europeia “Serviços de Comunicação Social Audiovisual” – Diretiva 2010/13/UE, de 10 de Março – no seu Art. 22º em Portugal e em todos os Estados-Membros sob controlo estatutário ³⁰¹		

³⁰¹ Diretiva 2010/13/UE, de 10 de Março - “Serviços de Comunicação Social Audiovisual” - Artigo 22º

A publicidade televisiva e a televenda de bebidas alcoólicas devem obedecer aos seguintes critérios: a) Não pode dirigir-se especificamente aos menores e, em particular, apresentar menores a consumir tais bebidas; b) Não deve associar o consumo de álcool a uma melhoria do rendimento físico ou à condução de veículos automóveis; c) Não deve criar a impressão de que o consumo de álcool favorece o sucesso social ou sexual; d) Não deve sugerir que as bebidas alcoólicas são dotadas de propriedades terapêuticas ou têm efeito estimulante, sedativo

POLÍTICAS DO ÁLCOOL EM PORTUGAL NO CONTEXTO EUROPEU:
DETERMINANTES PARA A TOMADA DE DECISÕES E DESENVOLVIMENTO DE MEDIDAS EM SAÚDE PÚBLICA

publicidade, promoção e patrocínio de bebidas alcoólicas restritos apenas a informação sobre o produto		
proibição de entrada de determinados tipos e formas de publicidade, promoção e patrocínio de bebidas alcoólicas em territórios de países que possuem restrições a estas		
REDUÇÃO DE DANOS NO CONSUMO DE ÁLCOOL E AMBIENTES ENVOLVENTES	Impacto	Importância
planeamento municipal e regras de licenciamento que garantam que todas as pessoas estão livres dos danos causados por intoxicação alcoólica		
proibição de venda de bebidas alcoólicas a menores de idade, pessoas intoxicadas e com perturbação mental		
aplicação e fiscalização rigorosas de leis de licenciamento e venda de bebidas alcoólicas		
treino para reduzir os danos causados por intoxicação alcoólica na indústria hoteleira e empregados que servem bebidas alcoólicas		
INTERVENÇÕES NO CONSUMO DE RISCO E NOCIVO DE ÁLCOOL E DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL	Impacto	Importância
ampla implementação de intervenções para reduzir o consumo de risco e nocivo de álcool		
INTERVENÇÕES E ASSISTÊNCIA AOS FAMILIARES DE PESSOAS COM DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL	Impacto	Importância
ampla implementação de programas de aconselhamento para membros de família de pessoas com consumo nocivo de álcool		

ou anticonflitual; e) Não deve encorajar o consumo imoderado de bebidas alcoólicas ou dar uma imagem negativa da abstinência ou da sobriedade; f) Não deve sublinhar como qualidade positiva de uma bebida o seu elevado teor de álcool.

PARTE III - POLÍTICAS DO ÁLCOOL NO PACA (Plano de Ação contra o Alcoolismo 2000):

A lista da tabela 3 foi composta de 26 medidas das políticas de álcool, que haviam sido identificados e selecionados a partir do PACA. As atividades do PACA selecionadas foram as que se aproximam dos 12 domínios pré-definidos e das atividades de referência da revisão de literatura no questionário original "POLÍTICAS DO ÁLCOOL". Os itens listados para avaliação da realização, impacto e importância, para os períodos de influência do PACA (2000-2007, apesar de continuar em vigor até o momento), contemplam as atividades previstas nos planos, todavia o nível de implementação, concretização e sucesso das medidas pode ocorrer ou não e em menor ou maior grau.

Na tabela a seguir, estão listadas uma série de medidas sobre as políticas do álcool. Em cada uma dessas medidas políticas, por favor indique numa escala de 0 a 10 o seu ponto de vista.

TABELA 3	REALIZAÇÃO	AVALIAÇÃO DO IMPACTO	AVALIAÇÃO DA IMPORTÂNCIA
PACA	<p>A. Em Portugal, qual considera ser o grau de REALIZAÇÃO destas medidas do PACA no seu período de influência de 2000 a 2007 de 0 (nenhum) a 10 (muito alto)</p> <p>(por exemplo, a atividade em causa deve estar prevista na legislação ou plano, mas a sua regulamentação, implementação, desenvolvimento de atividades disseminação e acompanhamento devem ocorrer em algum grau)</p>	<p>B. Em Portugal, qual considera ser o grau de IMPACTO que a aplicação desta medida tem na redução dos danos causados pelo álcool de 0 (nenhum) a 10 (muito alto)</p> <p>(por exemplo, aumento dos anos de vida sem doença/incapacidade e/ou na redução de morte prematura decorrente de álcool)</p>	<p>C. Em Portugal, qual considera ser o grau de IMPORTÂNCIA que a aplicação desta medida tem na redução dos danos causados pelo álcool de 0 (nenhuma) a 10 (muito alto)</p>
ESCALA DE PONTUAÇÃO:	<p>(0) nenhum (1)-(4) baixo (5) moderado (6)-(9) alto (10) muito alto</p>	<p>(0) nenhum (1)-(4) baixo (5) moderado (6)-(9) alto (10) muito alto</p>	<p>(0) nenhum (1)-(4) baixo (5) moderado (6)-(9) alto (10) muito alto</p>
CONDUÇÃO SOB EFEITO DO ÁLCOOL	Realização	Impacto	Importância
(3. Legislação e fiscalização: D. Sinistralidade rodoviária)			
Reduzir a taxa de alcoolemia no sangue de 0,0 g/l para condutores de veículos de socorro, emergência e de transportes escolar, s			
Reduzir a taxa de alcoolemia no sangue de 0,3 g/l para condutores de veículos de ligeiros de transporte público e de pesados de passageiros ou mercadoria			
Reduzir a taxa de alcoolemia no sangue de 0,3 g/l para condutores recém-encartados (menos de 2 anos)			

POLÍTICAS DO ÁLCOOL EM PORTUGAL NO CONTEXTO EUROPEU:
DETERMINANTES PARA A TOMADA DE DECISÕES E DESENVOLVIMENTO DE MEDIDAS EM SAÚDE PÚBLICA

EDUCAÇÃO, COMUNICAÇÃO, TREINO E CONSCIENCIALIZAÇÃO PÚBLICA	Realização	Impacto	Importância
(1. Promoção e Educação para a Saúde)			
Desenvolver e apoiar programas de promoção e educação para a saúde na área da alcoologia que incluam o desenvolvimento de campanhas de informação pública, abordagem nos currículos escolares e ações de sensibilização e de formação para grupos específicos			
Incluir nos currículos de formação dos profissionais de hotelaria sobre relacionamento com clientes intoxicados, bem como os modos de intervenção na sua prevenção			
EMBALAGEM E ROTULAGEM DE PRODUTOS COM ÁLCOOL	Realização	Impacto	Importância
(3. Legislação e fiscalização: B. Publicidade)			
Incluir na rotulagem de bebidas alcoólicas mensagens alertando para os danos causados pelo consumo, especialmente por menores, grávidas e mães que amamentam, e que o consumo excessivo, inoportuno ou inconveniente prejudica gravemente a saúde			
RELACIONADAS COM PREÇOS E TAXAS PARA REDUZIR OS DANOS CAUSADOS PELO ÁLCOOL	Realização	Impacto	Importância
(3. Legislação e fiscalização: E. Fiscal e financeira)			
Introduzir taxas ao consumo de bebidas alcoólicas, variáveis em função do tipo de bebida e da graduação alcoólica afetas à área da Saúde relacionada com os Problemas Ligados ao Álcool			
Afetar as receitas das coimas aplicáveis as infrações à publicidade e à venda de bebidas alcoólicas à área da Saúde relacionada com os Problemas Ligados ao Álcool			
Alterar o Código de Custas Judiciais par que haja reversão de parte do valor dos processos relacionados com infrações por abuso de bebidas alcoólicas.			
COMÉRCIO ILÍCITO DE PRODUTOS COM ÁLCOOL	Realização	Impacto	Importância

SUBSÍDIOS A VIAJANTES NA UNIÃO EUROPEIA	Realização	Impacto	Importância

RESTRIÇÕES À DISPONIBILIDADE DE ÁLCOOL	Realização	Impacto	Importância
(3. Legislação e fiscalização: C. Venda e consumo)			

POLÍTICAS DO ÁLCOOL EM PORTUGAL NO CONTEXTO EUROPEU:
DETERMINANTES PARA A TOMADA DE DECISÕES E DESENVOLVIMENTO DE MEDIDAS EM SAÚDE PÚBLICA

Proibir a instalação de novos estabelecimentos ou quaisquer estruturas ambulantes destinadas à venda de bebidas alcoólicas em torno dos estabelecimentos escolares ou outros dirigidos a crianças e jovens			
Proibir a venda e disponibilização nos locais de trabalho da Administração Pública de quaisquer bebidas alcoólicas (exceto as fermentadas às refeições)			
Proibir a venda e disponibilização de bebidas alcoólicas nos estabelecimentos de restauração e bebidas acessíveis ao público localizados nos estabelecimentos de saúde			
VENDA A MENORES	Realização	Impacto	Importância
(3. Legislação e fiscalização: C. Venda e consumo)			
Proibir a venda e consumo de bebidas alcoólicas a menores de 18 anos			
Reforçar as medidas de fiscalização sobre a venda e consumo em estabelecimentos de restauração, de bebidas e outros mais frequentados por menores de 18 anos			
PUBLICIDADE, PROMOÇÃO E PATROCÍNIO DO ÁLCOOL	Realização	Impacto	Importância
(3. Legislação e fiscalização: B. Publicidade)			
Sensibilizar as associações de produtores, industriais e comerciantes de bebidas alcoólicas para a elaboração de um código de conduta de autorregulação			
Alargar a proibição de publicidade na televisão e na rádio a quaisquer bebidas alcoólicas até as 22h30m (horário de proibição: das 7h00m as 22h30m)			
Proibir o patrocínio por marcas de bebidas alcoólicas de quaisquer atividades desportivas, culturais e recreativas, dirigidas a menores			
Proibir a associação de símbolos nacionais à publicidade de bebidas alcoólicas			
Proibir o patrocínio de seleções nacionais por marcas de bebidas alcoólicas			
REDUÇÃO DE DANOS NO CONSUMO DE ÁLCOOL E AMBIENTES ENVOLVENTES	Realização	Impacto	Importância
(3. Legislação e fiscalização: C. Venda e consumo)			

POLÍTICAS DO ÁLCOOL EM PORTUGAL NO CONTEXTO EUROPEU:
DETERMINANTES PARA A TOMADA DE DECISÕES E DESENVOLVIMENTO DE MEDIDAS EM SAÚDE PÚBLICA

Proibir a venda e consumo de bebidas alcoólicas a adultos notoriamente embriagados ou com perturbação mental			
Responsabilizar os vendedores e criar ilícito de mera ordenação social, com coimas de valor crescente para os ilícitos e reincidências e penas acessórias de cassação do alvará ou licença de utilização			
Obrigar à afixação da proibição de venda, de modo bem visível, em todos os locais de venda de bebidas			
Obrigar à diferenciação explícita dos locais de exposição das bebidas alcoólicas e não alcoólicas nos estabelecimentos comerciais de autosserviço			
Proibir a disponibilização de bebidas alcoólicas através de mecanismos de venda automática			
Interditar a venda e consumo de bebidas alcoólicas nas áreas de serviço das autoestradas das 20h00 às 6h00			
INTERVENÇÕES NO CONSUMO DE RISCO E NOCIVO DE ÁLCOOL E DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL	Realização	Impacto	Importância
(2. Vertente clínica e de investigação)			
Criar uma rede alcoológica nacional, tendo por base os centros regionais de alcoologia (com função coordenadora) e os serviços locais de saúde mental, com as respetivas articulações às unidades de cuidados de saúde primários e aos hospitais gerais			
INTERVENÇÕES E ASSISTÊNCIA AOS FAMILIARES DE PESSOAS COM DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL	Realização	Impacto	Importância

PARTE VI – POLÍTICAS DO ÁLCOOL NO PNRPLA (Plano Nacional para a Redução dos Problemas Ligados ao Alcool 2010-2012):

A lista da tabela 4 foi composta de 37 medidas das políticas de álcool, que haviam sido identificadas e selecionadas a partir do PNRPLA. O PNRPLA é constituído por 9 objetivos gerais; 25 objetivos específicos; 80 ações/atividades. As atividades selecionadas foram as que se aproximam dos 12 domínios pré-definidos e das atividades de referência da revisão de literatura no questionário original “POLÍTICAS DO ÁLCOOL”. Os itens listados para avaliação da realização, impacto e importância para os períodos de influência do PNRPLA (2008-2012), contemplam as atividades previstas nos planos, todavia o nível de implementação, concretização e sucesso das medidas pode ocorrer ou não e em menor ou maior grau.

Na tabela a seguir, estão listadas uma série de medidas sobre as políticas do álcool. Em cada uma dessas medidas políticas, por favor indique numa escala de 0 a 10 o seu ponto de vista.

TABELA 4	REALIZAÇÃO	AValiação	AValiação
PNRPLA	A. Em Portugal, qual considera ser o grau de REALIZAÇÃO destas medidas do PNRPLA no seu período de influência de 2008 a 2012 de 0 (nenhum) a 10 (total) (por exemplo, a atividade em causa deve estar prevista na legislação ou plano, mas a sua implementação, aplicação e fiscalização devem ocorrer em algum grau)	B. Em Portugal, qual considera ser o grau de IMPACTO que a aplicação desta medida tem na redução dos danos causados pelo álcool de 0 (nenhum) a 10 (muito alto) (por exemplo, a sua visão do impacto que a medida política teria no aumento dos anos de vida sem doença/incapacidade e/ou na redução de morte prematura decorrente de álcool)	C. Em Portugal, qual considera ser o grau de IMPORTÂNCIA que a aplicação desta medida tem na redução dos danos causados pelo álcool de 0 (nenhuma) a 10 (muito alta)
ESCALA DE PONTUAÇÃO:	(0) nenhum (1)-(4) baixo (5) moderado (6)-(9) alto (10) muito alto	(0) nenhum (1)-(4) baixo (5) moderado (6)-(9) alto (10) muito alto	(0) nenhum (1)-(4) baixo (5) moderado (6)-(9) alto (10) muito alto
CONDUÇÃO SOB EFEITO DO ÁLCOOL	Realização	Impacto	Importância
PNRPLA – atividades do plano			
6.1. Proposta de redução da taxa de alcoolemia para condutores recém-encartados (período de carta provisória).			
6.3. Promoção do aumento da fiscalização da condução sob efeito de álcool e da sua visibilidade, nomeadamente através: - do reforço das operações de fiscalização aleatória; - da presença regular das forças de segurança em locais de presumível consumo excessivo.			

POLÍTICAS DO ÁLCOOL EM PORTUGAL NO CONTEXTO EUROPEU:
DETERMINANTES PARA A TOMADA DE DECISÕES E DESENVOLVIMENTO DE MEDIDAS EM SAÚDE PÚBLICA

6.4. Divulgação nos <i>media</i> dos resultados das ações de fiscalização explicitando as consequências do incumprimento da lei.			
7.1. Promoção da celeridade na resolução dos processos e na aplicação das contraordenações, através da criação de um grupo de representantes dos organismos responsáveis pelo cumprimento da lei para potenciar medidas estratégicas nesta matéria.			
7.2. Promoção da divulgação e aplicação de programas específicos para a reabilitação de condutores sancionados, nomeadamente através da reformulação e ampliação do “Programa STOP – Responsabilidade e Segurança”.			
EDUCAÇÃO, COMUNICAÇÃO, TREINO E CONSCIENCIALIZAÇÃO PÚBLICA	Realização	Impacto	Importância
PNRPLA – atividades do plano			
3.1. Apoio ao desenvolvimento de programas educacionais de nível nacional e elaboração de materiais técnico-pedagógicos no âmbito da educação para a saúde (área Prevenção, Formação, Comunicação e Educação) e à promoção de contextos e programas recreativos sem álcool.			
5.3. Promoção de intervenções formativas dirigidas a profissionais e outros intervenores junto destes grupos (área Prevenção, Formação, Comunicação e Educação).			
6.2. Promoção e divulgação de programas de prevenção específicos e de outras iniciativas de informação/sensibilização sobre álcool e condução para a população geral e jovens em particular.			
8.3. Promoção de intervenções formativas dirigidas a profissionais e outros intervenores na segurança rodoviária (área Prevenção, Formação, Comunicação e Educação).			
10.4. Informação e sensibilização dos trabalhadores, quadros e outras entidades e agentes do mundo laboral sobre riscos para a saúde e segurança ligados ao consumo de álcool.			

POLÍTICAS DO ÁLCOOL EM PORTUGAL NO CONTEXTO EUROPEU:
DETERMINANTES PARA A TOMADA DE DECISÕES E DESENVOLVIMENTO DE MEDIDAS EM SAÚDE PÚBLICA

11.3. Promoção de intervenções formativas dirigidas a profissionais e outros intervenores em meio laboral (área Prevenção, Formação, Comunicação e Educação).			
12.1. Promoção de intervenções formativas dirigidas a profissionais e outros intervenores na área da prevenção.			
12.2. Promoção da formação inicial e contínua, dirigida a: - profissionais que lidam com grupos e contextos considerados prioritários, nomeadamente formação pré e pós-graduada; - outros intervenores ³⁰² que desenvolvem ações e/ou programas na área dos PLA.			
13.3. Reforço do desenvolvimento de projetos em meio escolar na área do álcool e no âmbito da promoção e educação para a saúde, numa perspetiva de prevenção universal.			
14.1. Desenvolvimento de campanhas integradas e focalizadas nos diferentes contextos considerados prioritários, sobre os riscos associados ao consumo nocivo do álcool, envolvendo as estruturas da comunidade.			
22.3. Promoção de intervenções formativas dirigidas a profissionais e outros intervenores na área do tratamento (área Prevenção, Formação, Comunicação e Educação).			
25.3. Promoção de intervenções formativas dirigida a profissionais e outros intervenores na área da reinserção (área Prevenção, Formação, Comunicação e Educação).			
EMBALAGEM E ROTULAGEM DE PRODUTOS COM ÁLCOOL	Realização	Impacto	Importância

MEDIDAS RELACIONADAS COM PREÇOS E TAXAS PARA REDUZIR OS DANOS CAUSADOS PELO ÁLCOOL	Realização	Impacto	Importância

COMÉRCIO ILÍCITO DE PRODUTOS COM ÁLCOOL	Realização	Impacto	Importância

³⁰² Grupos de pais, grupos de inter-ajuda, jovens e técnicos de diferentes sectores, entre outros.

POLÍTICAS DO ÁLCOOL EM PORTUGAL NO CONTEXTO EUROPEU:
DETERMINANTES PARA A TOMADA DE DECISÕES E DESENVOLVIMENTO DE MEDIDAS EM SAÚDE PÚBLICA

SUBSÍDIOS A VIAJANTES NA UNIÃO EUROPEIA	Realização	Impacto	Importância

RESTRIÇÕES À DISPONIBILIDADE DE ÁLCOOL	Realização	Impacto	Importância

VENDA A MENORES	Realização	Impacto	Importância
PNRPLA – atividades do plano			
4.1. Proposta de alteração da idade legal para a compra e o consumo de bebidas alcoólicas em locais públicos, de 16 para 18 anos.			
4.2. Promoção da fiscalização sistemática nos locais de consumo e venda de bebidas alcoólicas e divulgação regular das respetivas ações.			
4.4. Promoção da implicação dos fabricantes e distribuidores construindo compromissos de não comercializarem bebidas alcoólicas destinadas a crianças e adolescentes.			
PUBLICIDADE, PROMOÇÃO E PATROCÍNIO DO ÁLCOOL	Realização	Impacto	Importância
PNRPLA – atividades do plano			
4.3. Promoção do alargamento da autorregulação da comunicação comercial de bebidas alcoólicas aos pontos de venda.			
REDUÇÃO DE DANOS NO CONSUMO DE ÁLCOOL E AMBIENTES ENVOLVENTES	Realização	Impacto	Importância
PNRPLA – atividades do plano			
9.1. Proposta de redação de um conjunto de normas relativas aos problemas do álcool em meio laboral, a serem integradas em diploma legal.			
9.2. Propostas de autorregulação para a redução do consumo de bebidas alcoólicas nos locais de trabalho			
10.3. Elaboração e divulgação de linhas orientadoras para o desenvolvimento de programas integrados para os Problemas Ligados ao Álcool (da prevenção à reinserção).			
10.5. Apoio técnico e/ou financeiro para o desenvolvimento de projetos de intervenção em meio			

POLÍTICAS DO ÁLCOOL EM PORTUGAL NO CONTEXTO EUROPEU:
DETERMINANTES PARA A TOMADA DE DECISÕES E DESENVOLVIMENTO DE MEDIDAS EM SAÚDE PÚBLICA

laboral, baseado em critérios de qualidade e na estimativa das necessidades de intervenção.			
INTERVENÇÕES NO CONSUMO DE RISCO E NOCIVO DE ÁLCOOL E DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL	Realização	Impacto	Importância
PNRPLA – atividades do plano			
1.1. Elaboração e divulgação de linhas orientadoras para intervenções junto de grávidas.			
1.2. Elaboração de materiais de informação e sensibilização para os riscos e promoção de competências para lidar com as solicitações ao consumo (área Prevenção, Formação, Comunicação e Educação).			
1.3. Reforço dos sistemas de atendimento, informação, encaminhamento e apoio, na área dos Problemas Ligados ao Álcool em grávidas, mediante protocolos e articulação dos organismos e entidades que intervêm na área.			
2.1. Elaboração e divulgação de linhas orientadoras na deteção, avaliação, encaminhamento e tratamento das famílias e das crianças.			
2.2. Construção e implementação de programas estruturados de intervenção em familiares e crianças em articulação com serviços de saúde e outros serviços locais, bem como com os projetos internacionais da UE em curso.			
2.3. Agilização do acesso às estruturas de saúde, através da criação de rede nacional de articulação do acompanhamento de crianças e de famílias com PLA envolvendo todos os intervenientes, definindo níveis de ação diferenciados e coordenados.			
3.2. Elaboração e divulgação de linhas orientadoras no âmbito do aconselhamento e intervenções breves em jovens e do aconselhamento dos pais, encarregados de educação e familiares.			

POLÍTICAS DO ÁLCOOL EM PORTUGAL NO CONTEXTO EUROPEU:
DETERMINANTES PARA A TOMADA DE DECISÕES E DESENVOLVIMENTO DE MEDIDAS EM SAÚDE PÚBLICA

3.3. Reforço dos sistemas de atendimento, informação, encaminhamento e apoio, na área dos Problemas Ligados ao Álcool em jovens, mediante protocolos e articulação dos organismos e entidades que intervêm na área.			
20.1. Definição e implementação de linhas orientadoras baseadas na evidência dos programas de tratamento em regime de ambulatório e de internamento.			
21.1. Criação de uma rede de referenciação de acordo com os diversos níveis de gravidade e de necessidades.			
21.2. Definição de critérios de gravidade para referenciação de utentes.			
INTERVENÇÕES E ASSISTÊNCIA AOS FAMILIARES DE PESSOAS COM DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL	Realização	Impacto	Importância
PNRPLA – atividades do plano			
23.2. Conceção de um modelo de intervenção para a área da reinserção, que contemple a figura do gestor de caso, a abordagem familiar e o acompanhamento integrado do utente.			

PARTE V - ATUAÇÃO DOS ATORES SOCIAIS

Os 12 domínios pré-definidos, assim como os grupos de atores sociais, são aqueles oriundos da revisão de literatura no questionário original “POLÍTICAS DO ÁLCOOL”.

TABELA 5		OPOSIÇÃO VERSUS APOIO DAS POLÍTICAS DO ÁLCOOL					
ATUAÇÃO DOS ATORES SOCIAIS		Em Portugal, qual considera ser a influência dos grupos de ATORES SOCIAIS abaixo identificados na criação, implementação e realização de medidas de políticas do álcool nos domínios que se seguem? de 0(total oposição) a 10(total apoio)					
ATORES SOCIAIS		A. Organizações governamentais		B. Organizações não-governamentais de defesa da saúde pública e das políticas do álcool		C. Organizações privadas associadas e/ou representativas do sector da Indústria do Alcool	
ESCALA DE PONTUAÇÃO:		(0) (1)-(2) (3)-(4) (5) (6)-(7) (8)-(9) (10)	total oposição oposição oposição moderada neutro apoio moderado apoio total apoio	(0) (1)-(2) (3)-(4) (5) (6)-(7) (8)-(9) (10)	total oposição oposição oposição moderada neutro apoio moderado apoio total apoio	(0) (1)-(2) (3)-(4) (5) (6)-(7) (8)-(9) (10)	total oposição oposição oposição moderada neutro apoio moderado apoio total apoio
CONDUÇÃO SOB EFEITO DO ÁLCOOL							
Redução de taxas de alcoolémia, aumento da fiscalização, sanções mais eficazes para infratores, ...							
EDUCAÇÃO, COMUNICAÇÃO, TREINO E CONSCIENCIALIZAÇÃO PÚBLICA							
Promoção e educação para a saúde da população, prevenção, sensibilização a trabalhadores, educação e treino dos diversos profissionais que lidam com os PLA, ...							
EMBALAGEM E ROTULAGEM DE PRODUTOS COM ÁLCOOL							
Embalagens não apelativas ao público infante-juvenil, sem imagens que relacionam a bebida a bem estar ou saúde, informação e avisos sobre danos do álcool nos rótulos, ...							
RELACIONADAS COM PREÇOS E TAXAS PARA REDUZIR OS DANOS CAUSADOS PELO ÁLCOOL							
Aumento do preço e/ou impostos às bebidas, introdução de taxas de acordo com teor alcoólico, definição de um preço mínimo para as diversas bebidas alcoólicas, introdução ou afetação de taxas destinadas à prevenção, ...							
COMÉRCIO ILÍCITO DE PRODUTOS COM ÁLCOOL							

POLÍTICAS DO ÁLCOOL EM PORTUGAL NO CONTEXTO EUROPEU:
DETERMINANTES PARA A TOMADA DE DECISÕES E DESENVOLVIMENTO DE MEDIDAS EM SAÚDE PÚBLICA

Identificação nos produtos de bebidas para monitorização, combate à contrafação e ao contrabando, fiscalização à distribuição e venda de bebidas, ...			
SUBSÍDIOS A VIAJANTES NA UNIÃO EUROPEIA			
Restrições à venda e transporte de bebidas alcoólicas entre países aos viajantes internacionais			
RESTRIÇÕES À DISPONIBILIDADE DE ÁLCOOL			
Restrições a abertura e funcionamento de estabelecimento de venda de bebidas de acordo com áreas geográficas, venda e/ou consumo nos estabelecimentos de saúde, no local de trabalho,			
VENDA A MENORES			
Proibição de venda a menores de idade, aumento da fiscalização e punição a infratores, compromissos da indústria de não desenvolver produtos destinados ao público jovem, ...			
PUBLICIDADE, PROMOÇÃO E PATROCÍNIO DO ÁLCOOL			
Proibição e/ou restrições à publicidade, à promoção ou ao patrocínio de bebidas alcoólicas, inclusão de advertências nesses meios de marketing e publicidade, proibição de promoções de venda ou incentivos ao consumo, códigos de autorregulação e regulação do <i>marketing</i> e publicidade da indústria e da promoção comercial nos pontos de venda ...			
REDUÇÃO DE DANOS NO CONSUMO DE ÁLCOOL E AMBIENTES ENVOLVENTES			
Planeamento municipal dos pontos de venda e consumo, proibição de venda a pessoas intoxicadas ou com perturbação psíquica, em autoestradas e postos de combustível, fiscalização do licenciamento, da venda e da afixação de avisos de proibição nos locais de venda, treino a profissionais do comércio para reduzir intoxicações e venda a menores, programas de intervenção para os PLA nos locais de trabalho,...			

POLÍTICAS DO ÁLCOOL EM PORTUGAL NO CONTEXTO EUROPEU:
DETERMINANTES PARA A TOMADA DE DECISÕES E DESENVOLVIMENTO DE MEDIDAS EM SAÚDE PÚBLICA

INTERVENÇÕES NO CONSUMO DE RISCO E NOCIVO DE ÁLCOOL E DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL			
Desenvolvimento de linhas orientadoras de atuação junto a populações específicas (grávidas, jovens, idosos), criação e desenvolvimento de redes e serviços de intervenção na comunidade e de atendimento e tratamento, ...			
INTERVENÇÕES E ASSISTÊNCIA AOS FAMILIARES DE PESSOAS COM DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL			
programas de aconselhamento para familiares, intervenção em crianças e famílias em risco, apoio na reinserção dos doentes na família e no meio social, ...			

PARTE VI - ESTRATÉGIAS PARA IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS DO ÁLCOOL EM PORTUGAL:

Listar até cinco dos principais avanços recentes relacionados com as políticas e programas para reduzir os danos causados pelo álcool e com as respetivas datas

Nº	Avanços recentes	Data
1		
2		
3		
4		
5		

Listar até cinco das principais barreiras / obstáculos / problemas existentes que impedem de alcançar as ações sobre políticas e programas para reduzir os danos causados pelo álcool

Nº	Barreiras/obstáculos/problemas existentes	
1		
2		
3		
4		
5		

POLÍTICAS DO ÁLCOOL EM PORTUGAL NO CONTEXTO EUROPEU:
DETERMINANTES PARA A TOMADA DE DECISÕES E DESENVOLVIMENTO DE MEDIDAS EM SAÚDE PÚBLICA

Listar, em ordem decrescente de importância, até cinco dos principais avanços que são necessários de apoiar na implementação de políticas e programas para reduzir os danos causados pelo álcool

Nº	Avanços necessários	
1		
2		
3		
4		
5		

Listar, em ordem decrescente de importância, até cinco das principais mudanças que são necessárias para alcançar os avanços acima.

Nº	Mudanças necessárias	
1		
2		
3		
4		
5		

PARTE VI.A - Comentários extras e observações:

ANEXO 6 – PRINCIPAIS INICIATIVAS E PROJETOS DE INVESTIGAÇÃO DESENVOLVIDOS COM APOIO E FINANCIAMENTO DA OMS OU EU ENTRE 1999 E 2013

1. INICIATIVAS APOIADAS E FINANCIADAS PELA OMS (2000-2013)

As principais iniciativas internacionais da WHO e da WHO Regional Office for Europe no âmbito do controlo e prevenção dos PLA e políticas do álcool incluíram:

- Global Information System on Alcohol and Health (GISAH) – WHO
- Screening and brief intervention for alcohol problems in primary health care - Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) – WHO
- World Health Organization Collaborative Project on Identification and Management of Alcohol-related Problems in Primary Health Care
- International Network on Brief Interventions for Alcohol Problems (INEBRIA)
- Gender, alcohol and culture: an international study (GENACIS)
- WHO project on unrecorded alcohol consumption
- European alcohol information system (EAIS) – WHO Europe

2. PRINCIPAIS INICIATIVAS APOIADAS E COFINANCIADAS PELA COMISSÃO EUROPEIA (2003-2013)

As principais iniciativas internacionais da comissão europeia (EU) no âmbito dos programas de saúde e de investigação sobre os PLA e políticas do álcool incluíram:

1º Programa de ação comunitária no domínio da saúde 2003-2008 e 2º Programa de ação comunitária no domínio da saúde 2008-2013:

Ano de Financiamento	Título do Projeto	Organização Responsável
2014	Assessment of young people's exposure to alcohol marketing in audiovisual and online media	Rand Europe
2014	European Information System on Alcohol and Health (EISAH)	WHO - World Health Organization
2013	Joint Action on Reducing Alcohol Related Harm (RARHA) (2014-2016)	SICAD - Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências; MS; Portugal
2012	Empowering the Youth Sector with a better overview of evidence-based Alcohol intervention programmes(Let it hAPYN!)	Alcohol Policy Youth Network; Slovenia

2012	Eyes on Ages - A research on alcohol age limit policies in European Member States. Legislation, enforcement and research	Dutch Institute for Alcohol Policy (STAP)
2012	State of play in the use of alcoholic beverage labels to inform consumers about health aspects - Action to prevent and reduce harm from alcohol	GfK Belgium
2011	Good practice on brief interventions to address alcohol use disorders in primary health care, workplace health services, emergency care and social services (BISTAIRS)	Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf - UKE
2011	European Council on Alcohol Rehabilitation Research and Education (Eurocare_FY2012)	European Alcohol Policy Alliance
2010	European Alcohol Policy Alliance (Eurocare_FY2011)	European Council on alcohol rehabilitation research and education
2010	An overview of the market for alcoholic beverages of potentially particular appeal to minors	Health Action Partnership International (HAPI)
2009	Strategies towards responsible alcohol consumption for adolescents in Europe(TAKE CARE)	Landschaftsverband Westfalen Lippe
2009	Alcohol Policy - From capacity to Action(4th EAPC)	European Alcohol Policy Alliance
2009	European Workplace and Alcohol (EWA) (2010-2013)	Department of Health of the Government of Catalonia
2008	Monitoring Alcohol Commercial Communications in Europe(AMMIE)	Stichting Alcohol Preventie
2008	CLUB HEALTH - Healthy and Safer Nightlife of Youth (CLUB HEALTH)	Inštitut za raziskave in razvoj "Utrip" (Institute for Research and Development "Utrip")
2008	Alcohol labelling policies to protect young people(PROTECT)	Centre de Recherche et d'Information des Organisations des Consommateurs
2008	Good health into older age (VINTAGE) (2008-2013)	
2008	Alcohol Policy Youth Network - Youth Empowerment for a Better Life! (APYN)	Alliance House Foundation
2007	Focus on Alcohol Safe Environment(FASE) (2007-2009)	National Foundation for Alcohol Prevention - Stichting Alcohol Preventie - STAP
2007	Standardizing Measurement of Alcohol Related Troubles(SMART)	Institute of Psychiatry and Neurology - IPIN
2007	Sharing good practice in supporting kinship carers to prevent substance related harm to young people(Kinship carers and prevention)	Mentor Foundation UK Limited - Mentor UK
2006	Reducing harm and building capacities for children affected by parental alcohol problems in Europe(ChAPAPs) (2007-2010)	Katholische Fachhochschule Nordrhein Westfalen (NW) Abteilung Koeln (University of Applied Sciences)
2006	Innovation of dietary and activity assessment methods in epidemiological studies and public health(IDAMES)	German Institute of Human Nutrition, Potsdam-Rehbruecke
2006	Development of a dynamic modeling tool to assess health impact of policies(DYNAMO-HIA)	Erasmus Universitair Medisch Centrum
2006	Healthy Nightlife Toolbox - Effective Interventions for	Stichting Trimbos-instituut

	(Youth) Drug Use in Recreational Settings(HNT)	
2006	Implementing Coordinated Alcohol Policy in Europe(Building Capacity) (2007-2009)	Institute of Public Health of the Republic of Slovenia
2005	Improvement of access to treatment for people with alcohol- and drug-related problems(IATPAD)	Centrum Pre Liecbu Drogovych Zavislosti
2005	Community Action on Adolescent and Injury Risk - European situation analysis, strategy plan and community actions(AdRisk)	Kuratorium für Verkehrssicherheit(KfV)
2005	PHEPA Project on disseminating brief interventions on alcohol problems Europe wide(PHEPA II) (2006-2009)	Government of Catalonia (Generalitat de Catalunya)
2005	Physical Activity, Nutrition, Alcohol, Cessation of smoking, Eating out of home And obesity (PANACEA)	Universitair Medisch Centrum Utrecht
2005	To Empower the Community in response to Alcohol Threats(ECAT)	Vereniging voor Alcohol en andere Drugproblemen (VAD)
2005	Pathways for Health Project on drink driving, binge drinking, health warnings and labeling for alcoholic beverages(PHP) (2006-2007)	Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen DHS
2005	PEER-education-project for young drivers to prevent alcohol and drugs in connection with road use - Drive Clean! -(Peer Drive Clean)	MISTEL/SPI Forschung gGmbH
2005	Implementation of EUDAP Project (European Drug Addiction Prevention trial) at a population level (EUDAP 2)	Osservatorio Epidemiologico delle Dipendenze Servizio di Epidemiologia
2004	Enforcement of national Laws and Self-regulation on advertising and marketing of Alcohol(ELSA) (2005-2007)	Stichting Alcoholpreventie - STAP
2004	Elisad Internet Gateway: A qualitative resource for European web sites on drugs, alcohol, tobacco and other addiction(-)	TOXIBASE - Réseau National d'Information et de Documentation
2003	Alcohol Policy Network in the Context of a Larger Europe: Bridging the Gap (2004-2006)	Alliance House Foundation

The 7th Framework Programme funded European Research and Technological Development (2007 a 2013)

Ano de Financiamento	Título do Projeto	Organização Responsável
2011	ALICE RAP (Addiction and Lifestyles in Contemporary Europe - Reframing Addictions Project) (2011-2016)	Hospital Clínic de Barcelona
2011	Optimizing delivery of health care interventions: ODHIN (2011-2014)	Hospital Clínic de Barcelona
2010	Effective Environmental Strategies for the Prevention of Alcohol Abuse among Adolescents in Europe: AAA-PREVENT(2010-2012)	Verwey-Jonker Institute, Utrecht
2008	Alcohol Policy in Europe: Evidence from Alcohol Public Health Research Alliance: AMPHORA (2009-2012)	Hospital Clínic de Barcelona

ANEXO 7 – TABELAS DOS RESULTADOS DO QUESTIONÁRIO APLICADO AOS ATORES SOCIAIS:

As tabelas a seguir referem-se ao Capítulo IV – 3. AS POLÍTICAS PÚBLICAS DO ÁLCOOL, OS PLANOS NACIONAIS E A ATUAÇÃO DOS ATORES SOCIAIS.

Os resultados referem-se a dez categorias de políticas públicas do álcool e apresentam percepção dos inquiridos, para cada categoria, sobre os seguintes temas:

1. As políticas públicas do álcool em geral
2. As políticas públicas do álcool referentes aos dois planos nacionais (PACA e PNRPLA)
3. O posicionamento dos diversos grupos de atores sociais em relação às medidas de políticas públicas do álcool.

CATEGORIAS E TEMAS

3.1. MEDIDAS PARA A CONDUÇÃO SOB O EFEITO DO ÁLCOOL

3.1.1. Políticas Públicas do Álcool em geral

Tabela 1. - Políticas do álcool em geral						
Categoria	Condução sob o efeito do álcool (agrega 3 variáveis - medidas específicas³⁰³)					
Questões	Em Portugal, qual considera ser o grau de IMPACTO que a aplicação desta medida pode ter na redução dos danos causados pelo álcool			Em Portugal, qual considera ser o grau de IMPORTÂNCIA que a aplicação desta medida pode ter na redução dos danos causados pelo álcool		
Respostas válidas (N=56)	56			54		
Alfa de Cronbach (padronizado)	0,787			0,765		
Média	7,524			8,019		
Variância	3,305			3,085		
Índice de casos	IMPACTO			IMPORTÂNCIA		
ESCALA	Frequência (n)	% Válida	% de casos	Frequência (n)	% Válida	% de casos
0 (nenhum)	0	0%	0%	0	0%	0%
1	1	0,6%	1,8%	1	0,6%	1,9%
2	0	0%	0%	0	0%	0%
3	3	1,8%	5,4%	1	0,6%	1,9%
4	7	4,2%	12,5%	5	3,1%	9,3%
5 (moderado)	15	8,9%	26,8%	9	5,6%	16,7%
6	19	11,3%	33,9%	9	5,6%	16,7%
7	26	15,5%	46,4%	30	18,5%	55,6%
8	41	24,4%	73,2%	38	23,5%	70,4%
9	33	19,6%	58,9%	28	17,3%	51,9%
10 (muito alto)	23	13,7%	41,1%	41	25,3%	75,9%
Total	168	100,0%	300,0%	162	100,0%	300,0%

³⁰³ Medidas (variáveis) incluídas na categoria “condução sob o efeito do álcool”:

1. Limite máximo de alcoolemia no sangue de 0,5 g/L em Portugal e em toda a Europa;
2. Poderes não restritivos para aplicação de testes de alcoolemia (aleatório e dirigido) em Portugal e em toda a Europa;
3. Sanções para condução sob efeito do álcool devem ser comuns a toda a Europa.

A medida (variável) “4. Campanhas de condutor designado em Portugal e em toda a Europa” foi retirada do modelo que agrega as demais variáveis para tornar a categoria “Condução sob efeito do álcool” um fator com melhor consistência interna (Alpha <0,7). Esta medida é analisada separadamente nesta categoria.

Tabela 2 - Políticas do álcool em geral				
Categoria Medida “4” (Variável)	Condução sob o efeito do álcool: 4. Campanhas de condutor designado em Portugal e em toda a Europa			
Questões	Em Portugal, qual considera ser o grau de IMPACTO que a aplicação desta medida pode ter na redução dos danos causados pelo álcool	Em Portugal, qual considera ser o grau de IMPORTÂNCIA que a aplicação desta medida pode ter na redução dos danos causados pelo álcool		
Respostas válidas (N=56)	56	54		
Média	6,5357	6,8889		
Desvio-padrão	2,1906	2,1863		
Valor Min-Máx	1,0 – 10,0	1,0 – 10,0		
Mediana	7,0	7,0		
1º – 3º Quartil	5,0 – 8,0	5,0 – 8,25		
Itens da Variável	IMPACTO		IMPORTÂNCIA	
ESCALA	Frequência (n)	% Válida	Frequência (n)	% Válida
0 (nenhum)	0	0	0	0
1	2	3,6	2	3,7
2	1	1,8	0	0
3	3	5,4	2	3,7
4	2	3,6	3	5,6
5 (moderado)	9	16,1	8	14,8
6	8	14,3	3	5,6
7	10	17,9	12	22,2
8	10	17,9	11	20,4
9	8	14,3	8	14,8
10 (muito alto)	3	5,4	5	9,3
Total	56	100,0	54	100,0

3.1.2. Planos Nacionais – Políticas Públicas do PACA e do PNRPLA

Tabela 3 - PACA									
Categoria	Condução sob o efeito do álcool (agrega 3 variáveis - medidas específicas ³⁰⁴)								
Questões	Em Portugal, qual considera ser o grau de IMPACTO que a aplicação desta medida do plano pode ter na redução dos danos causados pelo álcool			Em Portugal, qual considera ser o grau de IMPORTÂNCIA que a aplicação desta medida do plano pode ter na redução dos danos causados pelo álcool			Em Portugal, qual considera ser o grau de REALIZAÇÃO desta medida do plano no seu período de influência (PACA -2000 a 2007)		
Respostas válidas (N=56)	51			51			50		
Alfa de Cronbach (padronizado)	0,930			0,821			0,922		
Media	6,706			8,033			4,793		
Índice de casos	IMPACTO			IMPORTÂNCIA			REALIZAÇÃO		
ESCALA	Frequência (n)	% Válida	% de casos	Frequência (n)	% Válida	% de casos	Frequência (n)	% Válida	% de casos
0 (nenhum)	7	4,6%	13,7%	1	0,7%	2,0%	28	18,7%	56,0%
1	10	6,5%	19,6%	5	3,3%	9,8%	9	6,0%	18,0%
2	1	0,7%	2,0%	4	2,6%	7,8%	8	5,3%	16,0%
3	5	3,3%	9,8%	0	0%	0%	5	3,3%	10,0%
4	4	2,6%	7,8%	3	2,0%	5,9%	13	8,7%	26,0%
5 (moderado)	10	6,5%	19,6%	5	3,3%	9,8%	23	15,3%	46,0%
6	23	15,0%	45,1%	11	7,2%	21,6%	11	7,3%	22,0%
7	18	11,8%	35,3%	15	9,8%	29,4%	16	10,7%	32,0%
8	28	18,3%	54,9%	30	19,6%	58,8%	11	7,3%	22,0%
9	25	16,3%	49,0%	22	14,4%	43,1%	14	9,3%	28,0%
10 (muito alto)	22	14,4%	43,1%	57	37,3%	111,8%	12	8,0%	24,0%
Total	153	100,0%	300,0%	153	100,0%	300,0%	150	100,0%	300,0%

³⁰⁴ Medidas (variáveis) incluídas na categoria “condução sob o efeito do álcool” (PACA):

1. Reduzir a taxa de alcoolemia no sangue para 0,0 g/l em condutores de veículos de socorro, emergência e de transportes escolares;
2. Reduzir a taxa de alcoolemia no sangue para 0,3 g/l em condutores de veículos de ligeiros de transporte público e de pesados de passageiros ou mercadoria;
3. Reduzir a taxa de alcoolemia no sangue para 0,3 g/l em condutores recém-encartados (menos de 2 anos)

Tabela 4 – PNRPLA									
Categoria	Condução sob o efeito do álcool (agrega 6 variáveis - medidas específicas ³⁰⁵)								
Questões	Em Portugal, qual considera ser o grau de IMPACTO que a aplicação desta medida do plano pode ter na redução dos danos causados pelo álcool			Em Portugal, qual considera ser o grau de IMPORTÂNCIA que a aplicação desta medida do plano pode ter na redução dos danos causados pelo álcool			Em Portugal, qual considera ser o grau de REALIZAÇÃO desta medida do plano no seu período de influência (PNRPLA – 2008-2012)		
Respostas válidas (N=56)	48			50			47		
Alfa de Cronbach (padronizado)	0,831			0,845			0,900		
Media	7,438			8,150			6,166		
Índice de casos	IMPACTO			IMPORTÂNCIA			REALIZAÇÃO		
ESCALA	Frequência (n)	% Válida	% de casos	Frequência (n)	% Válida	% de casos	Frequência (n)	% Válida	% de casos
0 (nenhum)	0	0%	0%	0	0%	0%	11	3,9%	23,4%
1	0	0%	0%	1	0,3%	2,0%	7	2,5%	14,9%
2	2	0,7%	4,2%	1	0,3%	2,0%	10	3,5%	21,3%
3	3	1,0%	6,3%	4	1,3%	8,0%	16	5,7%	34,0%
4	6	2,1%	12,5%	2	0,7%	4,0%	18	6,4%	38,3%
5 (moderado)	26	9,0%	54,2%	14	4,7%	28,0%	38	13,5%	80,9%
6	42	14,6%	87,5%	26	8,7%	52,0%	46	16,3%	97,9%
7	53	18,4%	110,4%	46	15,3%	92,0%	39	13,8%	83,0%
8	78	27,1%	162,5%	71	23,7%	142,0%	50	17,7%	106,4%
9	52	18,1%	108,3%	43	14,3%	86,0%	22	7,8%	46,8%
10 (muito alto)	26	9,0%	54,2%	92	30,7%	184,0%	25	8,9%	53,2%
Total	288	100,0%	600,0%	300	100,0%	600,0%	282	100,0%	600,0%

Medidas (variáveis) incluídas na categoria “condução sob o efeito do álcool” (PNRPLA):

- 6.1. Proposta de redução da taxa de alcoolemia para condutores recém-encartados (período de carta provisória);
- 6.3. Promoção do aumento da fiscalização da condução sob efeito de álcool e da sua visibilidade, nomeadamente através: (...) do reforço das operações de fiscalização aleatória;
- 6.3. Promoção do aumento da fiscalização da condução sob efeito de álcool e da sua visibilidade, nomeadamente através: (...) da presença regular das forças de segurança em locais de presumível consumo excessivo;
- 6.4. Divulgação nos *media* dos resultados das ações de fiscalização explicitando as consequências do incumprimento da lei;
- 7.1. Promoção da celeridade na resolução dos processos e na aplicação das contraordenações, através da criação de um grupo de representantes dos organismos responsáveis pelo cumprimento da lei para potenciar medidas estratégicas nesta matéria;
- 7.2. Promoção da divulgação e aplicação de programas específicos para a reabilitação de condutores sancionados, nomeadamente através da reformulação e ampliação do “Programa STOP – Responsabilidade e Segurança”.

3.1.3. Posicionamento dos atores sociais

Tabela 5 - Posicionamento do atores sociais						
Categoria	Condução sob o efeito do álcool					
Questão	Em Portugal, qual considera ser a influência dos grupos de ATORES SOCIAIS abaixo identificados na criação, implementação e realização de medidas de políticas do álcool nos domínios que se seguem?					
Atores Sociais	A. Organizações Governamentais		B. Organizações não-Governamentais de defesa da saúde pública e das políticas do álcool		C. Organizações privadas associadas e/ou representativas do sector da Indústria do Alcool	
Respostas válidas (N=56)	53		52		50	
Media	8,3962		7,4423		5,3600	
Desvio-padrão	2,03186		2,26147		2,79036	
Valor Min-Máx	1,00 – 10,00		0,00 – 10,00		1,00 – 10,00	
Mediana	9,00		8,00		5,50	
1º Quartil – 3º Quartil	7,00 - 10,00		6,00 - 9,00		3,00 - 7,25	
Itens da variável	INFLUÊNCIA		INFLUÊNCIA		INFLUÊNCIA	
ESCALA	Frequência (n)	% Válida	Frequência (n)	% Válida	Frequência (n)	% Válida
0 (total oposição)	0	0	1	1,9	2	4,0
1	1	1,9	1	1,9	4	8,0
2	0	0	1	1,9	5	10,0
3	1	1,9	0	0	2	4,0
4	1	1,9	0	0	2	4,0
5 (neutra)	1	1,9	5	9,6	10	20,0
6	5	9,4	6	11,5	8	16,0
7	5	9,4	10	19,2	5	10,0
8	6	11,3	9	17,3	4	8,0
9	11	20,8	9	17,3	5	10,0
10 (total apoio)	22	41,5	10	19,2	3	6,0
Total	53	100,0	52	100,0	50	100,0

3.2. ESTRATÉGIAS DE EDUCAÇÃO E PERSUAÇÃO (INCLUI A EDUCAÇÃO, COMUNICAÇÃO, FORMAÇÃO E CONSCIENCIALIZAÇÃO PÚBLICA E A EMBALAGEM E ROTULAGEM DE PRODUTOS COM ÁLCOOL)

3.2.1. EDUCAÇÃO, COMUNICAÇÃO, TREINO E CONSCIENCIALIZAÇÃO PÚBLICA

3.2.1.1. Políticas Públicas do Álcool em geral

Tabela 6. - Políticas do álcool em geral						
Categoria	Educação, comunicação, treino e consciencIALIZAÇÃO pública (agrega 6 variáveis - medidas específicas ³⁰⁶)					
Questões	Em Portugal, qual considera ser o grau de IMPACTO que a aplicação desta medida pode ter na redução dos danos causados pelo álcool			Em Portugal, qual considera ser o grau de IMPORTÂNCIA que a aplicação desta medida pode ter na redução dos danos causados pelo álcool		
Respostas válidas (N=56)	56			54		
Alfa de Cronbach (padronizado)	0,919			0,929		
Média	6,634			7,247		
Variância	4,007			5,125		
Índice de casos	IMPACTO			IMPORTÂNCIA		
ESCALA	Frequência (n)	% Válida	% de casos	Frequência (n)	% Válida	% de casos
0 (nenhum)	0	0,0%	0,0%	0	0,0%	0,0%
1	1	0,3%	1,8%	4	1,2%	7,4%
2	3	0,9%	5,4%	5	1,5%	9,3%
3	21	6,3%	37,5%	15	4,6%	27,8%
4	33	9,8%	58,9%	27	8,3%	50,0%
5 (moderado)	47	14,0%	83,9%	26	8,0%	48,1%
6	42	12,5%	75,0%	32	9,9%	59,3%
7	67	19,9%	119,6%	46	14,2%	85,2%
8	53	15,8%	94,6%	52	16,0%	96,3%
9	43	12,8%	76,8%	49	15,1%	90,7%
10 (muito alto)	26	7,7%	46,4%	68	21,0%	125,9%
Total	336	100,0%	600,0%	324	100,0%	600,0%

³⁰⁶ Medidas (variáveis) incluídas na categoria "Educação, comunicação, treino e consciencIALIZAÇÃO pública":

1. campanhas de educação para promover a consciencIALIZAÇÃO do público sobre assuntos de política de álcool;
2. programas de educação nas escolas e ensino superior;
3. campanhas de educação sobre intoxicação, potencial adictivo e riscos para a saúde do álcool;
4. campanhas de educação sobre os benefícios da redução do consumo de risco e nocivo de álcool;
5. educação sobre os danos causados pelo álcool e o que pode ser feito para os reduzir direcionada a todos os que trabalham na produção, venda e distribuição de bebidas alcoólicas;
6. acesso público a informações sobre a Indústria do Álcool relevantes para a implementação da política de álcool.

3.2.1.2. Planos Nacionais – Políticas Públicas do PACA e do PNRPLA

Tabela 7. - PACA									
Categoria	Educação, comunicação, treino e consciencialização pública (agrega 2 variáveis ³⁰⁷ - medidas específicas)								
Questões	Em Portugal, qual considera ser o grau de IMPACTO que a aplicação desta medida do plano pode ter na redução dos danos causados pelo álcool			Em Portugal, qual considera ser o grau de IMPORTÂNCIA que a aplicação desta medida do plano pode ter na redução dos danos causados pelo álcool			Em Portugal, qual considera ser o grau de REALIZAÇÃO desta medida do plano no seu período de influência (PNRPLA – 2008-2012)		
Respostas válidas (N=56)	50			51			50		
Alfa de Cronbach (padronizado)	0,943			0,955			0,862		
Media	5,700			7,314			4,760		
Índice de casos	IMPACTO			IMPORTÂNCIA			REALIZAÇÃO		
ESCALA	Frequência (n)	% Válida	% de casos	Frequência (n)	% Válida	% de casos	Frequência (n)	% Válida	% de casos
0 (nenhum)	4	4,0%	8,0%	2	2,0%	3,9%	6	6,0%	12,0%
1	4	4,0%	8,0%	2	2,0%	3,9%	7	7,0%	14,0%
2	2	2,0%	4,0%	2	2,0%	3,9%	2	2,0%	4,0%
3	8	8,0%	16,0%	1	1,0%	2,0%	13	13,0%	26,0%
4	6	6,0%	12,0%	2	2,0%	3,9%	11	11,0%	22,0%
5 (moderado)	14	14,0%	28,0%	8	7,8%	15,7%	22	22,0%	44,0%
6	21	21,0%	42,0%	14	13,7%	27,5%	17	17,0%	34,0%
7	20	20,0%	40,0%	14	13,7%	27,5%	12	12,0%	24,0%
8	16	16,0%	32,0%	19	18,6%	37,3%	7	7,0%	14,0%
9	0	0%	0%	25	24,5%	49,0%	0	0%	0%
10 (muito alto)	5	5,0%	10,0%	13	12,7%	25,5%	3	3,0%	6,0%
Total	100	100,0%	200,0%	102	100,0%	200,0%	100	100,0%	200,0%

³⁰⁷ Medidas (variáveis) incluídas na categoria “Educação, comunicação, treino e consciencialização pública” (PACA):

1. Desenvolver e apoiar programas de promoção e educação para a saúde na área da alcoologia que incluam o desenvolvimento de campanhas de informação pública, abordagem nos currículos escolares e ações de sensibilização e de formação para grupos específicos
2. Incluir nos currículos de formação dos profissionais de hotelaria sobre relacionamento com clientes intoxicados, bem como os modos de intervenção na sua prevenção

Tabela 8 - PNRPLA									
Categoria	Educação, comunicação, treino e consciencialização pública (agrega 12 variáveis - medidas específicas ³⁰⁸)								
Questões	Em Portugal, qual considera ser o grau de IMPACTO que a aplicação desta medida do plano pode ter na redução dos danos causados pelo álcool			Em Portugal, qual considera ser o grau de IMPORTÂNCIA que a aplicação desta medida do plano pode ter na redução dos danos causados pelo álcool			Em Portugal, qual considera ser o grau de REALIZAÇÃO desta medida do plano no seu período de influência (PNRPLA – 2008-2012)		
Respostas válidas (N=56)	49			50			48		
Alfa de Cronbach (padronizado)	0,969			0,958			0,984		
Media	7,061			7,958			5,179		
Índice de casos	IMPACTO			IMPORTÂNCIA			REALIZAÇÃO		
ESCALA	Frequência (n)	% Válida	% de casos	Frequência (n)	% Válida	% de casos	Frequência (n)	% Válida	% de casos
0 (nenhum)	0	0%	0%	1	0,2%	2,0%	4	0,7%	8,3%
1	3	0,5%	6,1%	2	0,3%	4,0%	46	8,0%	95,8%
2	4	0,7%	8,2%	0	0%	0%	38	6,6%	79,2%
3	10	1,7%	20,4%	1	0,2%	2,0%	44	7,6%	91,7%
4	29	4,9%	59,2%	8	1,3%	16,0%	64	11,1%	133,3%
5 (moderado)	75	12,8%	153,1%	49	8,2%	98,0%	124	21,5%	258,3%
6	107	18,2%	218,4%	73	12,2%	146,0%	100	17,4%	208,3%
7	94	16,0%	191,8%	80	13,3%	160,0%	56	9,7%	116,7%
8	134	22,8%	273,5%	136	22,7%	272,0%	60	10,4%	125,0%
9	72	12,2%	146,9%	93	15,5%	186,0%	19	3,3%	39,6%
10 (muito alto)	60	10,2%	122,4%	157	26,2%	314,0%	21	3,6%	43,8%
Total	588	100,0%	1200,0%	600	100,0%	1200,0%	576	100,0%	1200,0%

³⁰⁸ Medidas (variáveis) incluídas na categoria “Educação, comunicação, treino e consciencialização pública” (PNRPLA):

3.1. Apoio ao desenvolvimento de programas educacionais de nível nacional e elaboração de materiais técnico-pedagógicos no âmbito da educação para a saúde (área Prevenção, Formação, Comunicação e Educação) e à promoção de contextos e programas recreativos sem álcool;

5.3. Promoção de intervenções formativas dirigidas a profissionais e outros intervenientes junto destes grupos (área Prevenção, Formação, Comunicação e Educação);

6.2. Promoção e divulgação de programas de prevenção específicos e de outras iniciativas de informação/sensibilização sobre álcool e condução, para a população geral e jovens em particular;

8.3. Promoção de intervenções formativas dirigidas a profissionais e outros intervenientes na segurança rodoviária;

10.4. Informação e sensibilização dos trabalhadores, quadros e outras entidades e agentes do mundo laboral sobre riscos para a saúde e segurança ligados ao consumo de álcool;

11.3. Promoção de intervenções formativas dirigidas a profissionais e outros intervenientes em meio laboral;

12.1. Promoção de intervenções formativas dirigidas a profissionais e outros intervenientes na área da prevenção;

12.2. Promoção da formação inicial e contínua, dirigida a profissionais que lidam com grupos e contextos considerados nomeadamente formação pré e pós-graduada e outros intervenientes [1] que desenvolvem ações e/ou programas na área dos PLA;

13.3. Reforço do desenvolvimento de projetos em meio escolar na área do álcool e no âmbito da promoção e educação para a saúde, numa perspetiva de prevenção universal;

14.1. Desenvolvimento de campanhas integradas e focalizadas nos diferentes contextos considerados prioritários, sobre os riscos associados ao consumo nocivo do álcool, envolvendo as estruturas da comunidade;

22.3. Promoção de intervenções formativas dirigidas a profissionais e outros intervenientes na área do tratamento;

25.3. Promoção de intervenções formativas dirigida a profissionais e outros intervenientes na área da reinserção (área Prevenção, Formação, Comunicação e Educação).

3.2.1.3. Posicionamento dos atores sociais

Tabela 9 - Posicionamento do atores sociais						
Categoria	Educação, comunicação, treino e consciencialização pública					
Questão	Em Portugal, qual considera ser a influência dos grupos de ATORES SOCIAIS abaixo identificados na criação, implementação e realização de medidas de políticas do álcool nos domínios que se seguem?					
Atores Sociais	A. Organizações Governamentais		B. Organizações não-Governamentais de defesa da saúde pública e das políticas do álcool		C. Organizações privadas associadas e/ou representativas do sector da Indústria do Alcool	
Respostas válidas (N=56)	53		53		51	
Media	7,9623		7,9811		5,4902	
Desvio-padrão	2,35309		2,24028		2,85217	
Valor Min-Máx	1,00 – 10,00		1,00 – 10,00		0,00 – 10,00	
Mediana	9,00		8,00		6,00	
1º Quartil – 3º Quartil	6,00 - 10,00		6,50 - 10,00		4,00 - 8,00	
Itens da variável	INFLUÊNCIA		INFLUÊNCIA		INFLUÊNCIA	
ESCALA	Frequência (n)	% Válida	Frequência (n)	% Válida	Frequência (n)	% Válida
0 (total oposição)	0	0	0	0	2	3,9
1	1	1,9	1	1,9	6	11,8
2	1	1,9	0	0	1	2,0
3	0	0	2	3,8	3	5,9
4	3	5,7	1	1,9	5	9,8
5 (neutra)	3	5,7	4	7,5	8	15,7
6	9	17,0	5	9,4	3	5,9
7	1	1,9	4	7,5	10	19,6
8	4	7,5	10	18,9	7	13,7
9	11	20,8	6	11,3	1	2,0
10 (total apoio)	20	37,7	20	37,7	5	9,8
Total	53	100,0	53	100,0	51	100,0

3.2.2. EMBALAGEM E ROTULAGEM DE PRODUTOS COM ÁLCOOL

3.2.2.1. Políticas Públicas do Álcool em geral

Tabela 10. - Políticas do álcool em geral						
Categoria	Embalagem e rotulagem de produtos com álcool (agrega 4 variáveis - medidas específicas ³⁰⁹)					
Questões	Em Portugal, qual considera ser o grau de IMPACTO que a aplicação desta medida pode ter na redução dos danos causados pelo álcool			Em Portugal, qual considera ser o grau de IMPORTÂNCIA que a aplicação desta medida pode ter na redução dos danos causados pelo álcool		
Respostas válidas (N=56)	56			54		
Alfa de Cronbach (padronizado)	0,882			0,889		
Média	7,138			7,495		
Variância	4,790			4,888		
Índice de casos	IMPACTO			IMPORTÂNCIA		
ESCALA	Frequência (n)	% Válida	% de casos	Frequência (n)	% Válida	% de casos
0 (nenhum)	0	0,0%	0,0%	0	0,0%	0,0%
1	1	0,4%	1,8%	2	0,9%	3,7%
2	4	1,8%	7,1%	5	2,3%	9,3%
3	11	4,9%	19,6%	7	3,2%	13,0%
4	15	6,7%	26,8%	13	6,0%	24,1%
5 (moderado)	21	9,4%	37,5%	14	6,5%	25,9%
6	35	15,6%	62,5%	21	9,7%	38,9%
7	33	14,7%	58,9%	38	17,6%	70,4%
8	33	14,7%	58,9%	30	13,9%	55,6%
9	23	10,3%	41,1%	28	13,0%	51,9%
10 (muito alto)	48	21,4%	85,7%	58	26,9%	107,4%
Total	224	100,0%	400,0%	216	100,0%	400,0%

³⁰⁹ Medidas (variáveis) incluídas na categoria “Embalagem e rotulagem de produtos com álcool”:

1. inibição de promoção de bebidas alcoólicas com impressões erradas sobre as suas características ou efeitos na saúde;
2. inibição de promoção de bebidas alcoólicas com apelo direto ou indireto a menores de idade;
3. bebidas alcoólicas com advertências de segurança e saúde definidas pelo ministério da saúde;
4. bebidas alcoólicas com informações sobre a concentração de álcool, conteúdo, valor calórico e ingredientes que podem causar alergias.

3.2.2.2. Planos Nacionais – Políticas Públicas do PACA

Tabela 11. - PACA						
Categoria Medida “1” (Variável)	Embalagem e rotulagem de produtos com álcool: 1. Incluir na rotulagem de bebidas alcoólicas mensagens alertando para os danos causados pelo consumo, especialmente por menores, grávidas e mães que amamentam, e que o consumo excessivo, inoportuno ou inconveniente prejudica gravemente a saúde.					
Questões	Em Portugal, qual considera ser o grau de IMPACTO que a aplicação desta medida do plano pode ter na redução dos danos causados pelo álcool	Em Portugal, qual considera ser o grau de IMPORTÂNCIA que a aplicação desta medida do plano pode ter na redução dos danos causados pelo álcool	Em Portugal, qual considera ser o grau de REALIZAÇÃO desta medida do plano no seu período de influência (PACA -2000 a 2007)			
Respostas válidas (N=56)	52	52	51			
Média	5,5577	6,7308	4,0784			
Desvio-padrão	3,01898	2,80836	3,20527			
Valor Min-Máx	0,00 – 10,00	0,00 – 10,00	0,00 – 10,00			
Mediana	6,00	7,00	5,00			
1º – 3º Quartil	3,25 – 8,00	5,00 – 9,00	1,00 – 6,00			
Itens da Variável	IMPACTO		IMPORTÂNCIA		REALIZAÇÃO	
ESCALA	Frequência (n)	% Válida	Frequência (n)	% Válida	Frequência (n)	% Válida
0 (nenhum)	5	9,6	1	1,9	12	23,5
1	3	5,8	4	7,7	4	7,8
2	2	3,8	1	1,9	2	3,9
3	3	5,8	2	3,8	6	11,8
4	2	3,8	2	3,8	1	2,0
5 (moderado)	8	15,4	4	7,7	6	11,8
6	8	15,4	6	11,5	8	15,7
7	4	7,7	7	13,5	2	3,9
8	8	15,4	8	15,4	5	9,8
9	5	9,6	9	17,3	4	7,8
10 (muito alto)	4	7,7	8	15,4	1	2,0
Total	52	100,0	52	100,0	51	100,0

3.2.2.3. Posicionamento dos atores sociais

Tabela 12. - Posicionamento do atores sociais						
Categoria	Embalagem e rotulagem de produtos com álcool					
Questão	Em Portugal, qual considera ser a influência dos grupos de ATORES SOCIAIS abaixo identificados na criação, implementação e realização de medidas de políticas do álcool nos domínios que se seguem?					
Atores Sociais	A. Organizações Governamentais		B. Organizações não-Governamentais de defesa da saúde pública e das políticas do álcool		C. Organizações privadas associadas e/ou representativas do sector da Indústria do Alcool	
Respostas válidas (N=56)	53		52		51	
Media	7,6415		7,4038		5,7647	
Desvio-padrão	2,47366		2,42745		3,09573	
Valor Min-Máx	1,00 – 10,00		1,00 – 10,00		0,00 – 10,00	
Mediana	8,00		8,00		6,00	
1º Quartil – 3º Quartil	6,00 - 10,00		6,00 - 9,00		3,00 - 9,00	
Itens da variável	INFLUÊNCIA		INFLUÊNCIA		INFLUÊNCIA	
ESCALA	Frequência (n)	% Válida	Frequência (n)	% Válida	Frequência (n)	% Válida
0 (total oposição)	0	0			2	3,9
1	1	1,9	2	3,8	3	5,9
2	2	3,8	2	3,8	7	13,7
3	1	1,9	1	1,9	2	3,9
4	1	1,9	0	0	4	7,8
5 (neutra)	7	13,2	6	11,5	4	7,8
6	5	9,4	4	7,7	5	9,8
7	3	5,7	5	9,6	6	11,8
8	7	13,2	10	19,2	5	9,8
9	9	17,0	13	25,0	7	13,7
10 (total apoio)	17	32,1	9	17,3	6	11,8
Total	53	100,0	52	100,0	51	100,0

3.3. PREÇOS E TAXAS COM VISTA A REDUZIR OS DANOS CAUSADOS PELO ÁLCOOL

3.3.1. Políticas Públicas do Álcool em geral

Tabela 13. - Políticas do álcool em geral:						
Categoria	Preços e taxas com vista reduzir os danos causados pelo álcool (agrega 4 variáveis - medidas específicas ³¹⁰)					
Questões	Em Portugal, qual considera ser o grau de IMPACTO que a aplicação desta medida pode ter na redução dos danos causados pelo álcool			Em Portugal, qual considera ser o grau de IMPORTÂNCIA que a aplicação desta medida pode ter na redução dos danos causados pelo álcool		
Respostas válidas (N=56)	55			53		
Alfa de Cronbach (padronizado)	0,873			0,899		
Média	6,827			6,934		
Variância	5,612			5,921		
Índice de casos	IMPACTO			IMPORTÂNCIA		
ESCALA	Frequência (n)	% Válida	% de casos	Frequência (n)	% Válida	% de casos
0 (nenhum)	5	2,3%	9,1%	5	2,4%	9,4%
1	1	0,5%	1,8%	1	0,5%	1,9%
2	7	3,2%	12,7%	9	4,2%	17,0%
3	10	4,5%	18,2%	6	2,8%	11,3%
4	9	4,1%	16,4%	7	3,3%	13,2%
5 (moderado)	28	12,7%	50,9%	27	12,7%	50,9%
6	26	11,8%	47,3%	26	12,3%	49,1%
7	32	14,5%	58,2%	34	16,0%	64,2%
8	41	18,6%	74,5%	34	16,0%	64,2%
9	37	16,8%	67,3%	26	12,3%	49,1%
10 (muito alto)	24	10,9%	43,6%	37	17,5%	69,8%
Total	220	100,0%	400,0%	212	100,0%	400,0%

³¹⁰ Medidas (variáveis) incluídas na categoria "Preços e taxas com vista a reduzir os danos causados pelo álcool":

1. preço de bebidas alcoólicas com aumentos de acordo com a inflação;
2. taxas proporcionais ao teor alcoólico das bebidas, sem limite;
3. bebidas com maior concentração de álcool tributadas num nível desproporcionalmente superior às de menor concentração;
4. taxas sobre bebidas alcoólicas aumentadas até um nível mínimo, extensível a toda a Europa.

3.3.2. Planos Nacionais – Políticas Públicas do PACA

Tabela 14. - PACA									
Categoria	Preços e taxas com vista reduzir os danos causados pelo álcool (agrega 3 variáveis - medidas específicas ³¹¹)								
Questões	Em Portugal, qual considera ser o grau de IMPACTO que a aplicação desta medida do plano pode ter na redução dos danos causados pelo álcool			Em Portugal, qual considera ser o grau de IMPORTÂNCIA que a aplicação desta medida do plano pode ter na redução dos danos causados pelo álcool			Em Portugal, qual considera ser o grau de REALIZAÇÃO desta medida do plano no seu período de influência (PACA -2000 a 2007)		
Respostas válidas (N=56)	51			51			48		
Alfa de Cronbach (padronizado)	0,857			0,821			0,900		
Media	5,758			8,033			4,271		
Índice de casos	IMPACTO			IMPORTÂNCIA			REALIZAÇÃO		
ESCALA	Frequência (n)	% Válida	% de casos	Frequência (n)	% Válida	% de casos	Frequência (n)	% Válida	% de casos
0 (nenhum)	10	6,5%	19,6%	3	2,0%	5,9%	30	20,8%	62,5%
1	9	5,9%	17,6%	4	2,6%	7,8%	12	8,3%	25,0%
2	2	1,3%	3,9%	2	1,3%	3,9%	8	5,6%	16,7%
3	10	6,5%	19,6%	6	3,9%	11,8%	10	6,9%	20,8%
4	12	7,8%	23,5%	8	5,2%	15,7%	12	8,3%	25,0%
5 (moderado)	13	8,5%	25,5%	8	5,2%	15,7%	17	11,8%	35,4%
6	24	15,7%	47,1%	16	10,5%	31,4%	13	9,0%	27,1%
7	26	17,0%	51,0%	27	17,6%	52,9%	12	8,3%	25,0%
8	27	17,6%	52,9%	32	20,9%	62,7%	14	9,7%	29,2%
9	17	11,1%	33,3%	33	21,6%	64,7%	10	6,9%	20,8%
10 (muito alto)	3	2,0%	5,9%	14	9,2%	27,5%	6	4,2%	12,5%
Total	153	100,0%	300,0%	153	100,0%	300,0%	144	100,0%	300,0%

³¹¹ Medidas (variáveis) incluídas na categoria “Preços e taxas com vista a reduzir os danos causados pelo álcool” (PACA):

1. Introduzir taxas ao consumo de bebidas alcoólicas, variáveis em função do tipo de bebida e da graduação alcoólica afetas à área da Saúde relacionada com os Problemas Ligados ao Álcool;
2. Afetar as receitas das coimas aplicáveis as infrações à publicidade e à venda de bebidas alcoólicas à área da Saúde relacionada com os Problemas Ligados ao Álcool;
3. Alterar o Código de Custas Judiciais par que haja reversão de parte do valor dos processos relacionados com infrações por abuso de bebidas alcoólicas.

3.3.3. Posicionamento dos atores sociais

Tabela 15. - Posicionamento do atores sociais:						
Categoria	Preços e taxas com vista reduzir os danos causados pelo álcool					
Questão	Em Portugal, qual considera ser a influência dos grupos de ATORES SOCIAIS abaixo identificados na criação, implementação e realização de medidas de políticas do álcool nos domínios que se seguem?					
Atores Sociais	A. Organizações Governamentais		B. Organizações não-Governamentais de defesa da saúde pública e das políticas do álcool		C. Organizações privadas associadas e/ou representativas do sector da Indústria do Alcool	
Respostas válidas (N=56)	53		52		51	
Media	7,7170		6,3269		3,8039	
Desvio-padrão	2,49906		2,57987		3,16240	
Valor Min-Máx	1,00 – 10,00		0,00 – 10,00		0,00 – 10,00	
Mediana	8,00		7,00		3,00	
1º Quartil – 3º Quartil	6,00 - 10,00		5,00 - 8,00		1,00 - 7,00	
Itens da variável	INFLUÊNCIA		INFLUÊNCIA		INFLUÊNCIA	
ESCALA	Frequência (n)	% Válida	Frequência (n)	% Válida	Frequência (n)	% Válida
0 (total oposição)	0		2	3,8	9	17,6
1	2	3,8	3	5,8	7	13,7
2	0	0	1	1,9	7	13,7
3	3	5,7	0	0	4	7,8
4	1	1,9	1	1,9	4	7,8
5 (neutra)	4	7,5	12	23,1	5	9,8
6	5	9,4	5	9,6	1	2,0
7	4	7,5	9	17,3	5	9,8
8	8	15,1	7	13,5	3	5,9
9	8	15,1	9	17,3	5	9,8
10 (total apoio)	18	34,0	3	5,8	1	2,0
Total	53	100,0	52	100,0	51	100,0

3.4. REGULAÇÃO DO ACESSO FÍSICO AO ÁLCOOL (INCLUI AS RESTRIÇÕES À DISPONIBILIDADE DE ÁLCOOL E A VENDA A MENORES)

3.4.1. RESTRIÇÕES À DISPONIBILIDADE DE ÁLCOOL

3.4.1.1. Políticas Públicas do Álcool em geral

Tabela 16. - Políticas do álcool em geral				
Categoria Medida 1 (Variável)	Restrições à disponibilidade de álcool: 1. Avaliações de impacto para a saúde e o ambiente social para a abertura de novos estabelecimentos de venda de bebidas alcoólicas ou alteração de existentes			
Questões	Em Portugal, qual considera ser o grau de IMPACTO que a aplicação desta medida pode ter na redução dos danos causados pelo álcool		Em Portugal, qual considera ser o grau de IMPORTÂNCIA que a aplicação desta medida pode ter na redução dos danos causados pelo álcool	
Respostas válidas (N=56)	55		52	
Média	6,7818		6,8846	
Desvio-padrão	2,13169		2,37350	
Valor Min-Máx	2,00 – 10,00		1,00 – 10,00	
Mediana	7,00		7,00	
1º Quartil – 3º Quartil	5,00 - 8,00		5,00 - 9,00	
Itens da Variável	IMPACTO		IMPORTÂNCIA	
ESCALA	Frequência (n)	% Válida	Frequência (n)	% Válida
0 (nenhum)	0	0,0	0	0,0
1	0	0,0	1	1,9
2	2	3,6	3	5,8
3	4	7,3	1	1,9
4	2	3,6	3	5,8
5 (moderado)	8	14,5	7	13,5
6	4	7,3	4	7,7
7	11	20,0	8	15,4
8	12	21,8	11	21,2
9	8	14,5	7	13,5
10 (muito alto)	4	7,3	7	13,5
Total	55	100,0	52	100,0

3.4.1.2. Planos Nacionais – Políticas Públicas do PACA e do PNRPLA

Tabela 17.- PACA									
Categoria	Restrições à disponibilidade de álcool (agrega 3 variáveis - medidas específicas ³¹²)								
Questões	Em Portugal, qual considera ser o grau de IMPACTO que a aplicação desta medida do plano pode ter na redução dos danos causados pelo álcool			Em Portugal, qual considera ser o grau de IMPORTÂNCIA que a aplicação desta medida do plano pode ter na redução dos danos causados pelo álcool			Em Portugal, qual considera ser o grau de REALIZAÇÃO desta medida do plano no seu período de influência (PACA -2000 a 2007)		
Respostas válidas (N=56)	50			49			49		
Alfa de Cronbach (padronizado)	0,866			0,809			0,788		
Media	6,787			7,925			5,673		
Índice de casos	IMPACTO			IMPORTÂNCIA			REALIZAÇÃO		
ESCALA	Frequência (n)	% Válida	% de casos	Frequência (n)	% Válida	% de casos	Frequência (n)	% Válida	% de casos
0 (nenhum)	4	2,7%	8,0%	0	0%	0%	11	7,5%	22,4%
1	6	4,0%	12,0%	4	2,7%	8,2%	9	6,1%	18,4%
2	0	0%	0%	1	0,7%	2,0%	8	5,4%	16,3%
3	4	2,7%	8,0%	4	2,7%	8,2%	9	6,1%	18,4%
4	8	5,3%	16,0%	4	2,7%	8,2%	13	8,8%	26,5%
5 (moderado)	19	12,7%	38,0%	11	7,5%	22,4%	15	10,2%	30,6%
6	24	16,0%	48,0%	11	7,5%	22,4%	13	8,8%	26,5%
7	19	12,7%	38,0%	14	9,5%	28,6%	19	12,9%	38,8%
8	21	14,0%	42,0%	23	15,6%	46,9%	20	13,6%	40,8%
9	22	14,7%	44,0%	22	15,0%	44,9%	16	10,9%	32,7%
10 (muito alto)	23	15,3%	46,0%	53	36,1%	108,2%	14	9,5%	28,6%
Total	150	100,0%	300,0%	147	100,0%	300,0%	147	100,0%	300,0%

³¹² Medidas (variáveis) incluídas na categoria “Restrições à disponibilidade de álcool” (PACA):

1. Proibir a instalação de novos estabelecimentos ou quaisquer estruturas ambulantes destinadas à venda de bebidas alcoólicas em torno dos estabelecimentos escolares ou outros dirigidos a crianças e jovens;
2. Proibir a venda e disponibilização nos locais de trabalho da Administração Pública de quaisquer bebidas alcoólicas (exceto as fermentadas às refeições);
3. Proibir a venda e disponibilização de bebidas alcoólicas nos estabelecimentos de restauração e bebidas acessíveis ao público localizados nos estabelecimentos de saúde.

3.4.1.3. Posicionamento dos atores sociais

Tabela 18. - Posicionamento do atores sociais						
Categoria	Restrições à disponibilidade de álcool					
Questão	Em Portugal, qual considera ser a influência dos grupos de ATORES SOCIAIS abaixo identificados na criação, implementação e realização de medidas de políticas do álcool nos domínios que se seguem?					
Atores Sociais	A. Organizações Governamentais		B. Organizações não-Governamentais de defesa da saúde pública e das políticas do álcool		C. Organizações privadas associadas e/ou representativas do sector da Indústria do Álcool	
Respostas válidas (N=56)	53		52		51	
Media	7,6604		6,7115		4,2157	
Desvio-padrão	2,39345		2,51534		3,10041	
Valor Min-Máx	1,00 – 10,00		0,00 – 10,00		0,00 – 10,00	
Mediana	9,00		7,00		4,00	
1º Quartil – 3º Quartil	6,00 - 10,00		5,00 - 9,00		2,00 - 7,00	
Itens da variável	INFLUÊNCIA		INFLUÊNCIA		INFLUÊNCIA	
ESCALA	Frequência (n)	% Válida	Frequência (n)	% Válida	Frequência (n)	% Válida
0 (total oposição)	0	0	2	3,8	6	11,8
1	1	1,9	2	3,8	4	7,8
2	1	1,9	0	0	10	19,6
3	2	3,8	2	3,8	5	9,8
4	1	1,9	0	0	4	7,8
5 (neutra)	3	5,7	8	15,4	7	13,7
6	11	20,8	8	15,4	1	2,0
7	4	7,5	5	9,6	2	3,9
8	3	5,7	10	19,2	5	9,8
9	10	18,9	12	23,1	5	9,8
10 (total apoio)	17	32,1	3	5,8	2	3,9
Total	53	100,0	52	100,0	51	100,0

3.4.2. VENDA A MENORES

3.4.2.1. Políticas Públicas do Álcool em geral

Tabela 19 - Políticas do álcool em geral						
Categoria	Venda a menores (agrega 2 variáveis - medidas específicas ³¹³)					
Questões	Em Portugal, qual considera ser o grau de IMPACTO que a aplicação desta medida pode ter na redução dos danos causados pelo álcool			Em Portugal, qual considera ser o grau de IMPORTÂNCIA que a aplicação desta medida pode ter na redução dos danos causados pelo álcool		
Respostas válidas (N=56)	56			54		
Alfa de Cronbach (padronizado)	0,914			0,884		
Média	8,438			8,880		
Variância	3,699			2,990		
Índice de casos	IMPACTO			IMPORTÂNCIA		
ESCALA	Frequência (n)	% Válida	% de casos	Frequência (n)	% Válida	% de casos
0 (nenhum)	0	0%	0%	0	0%	0%
1	1	0,9%	1,8%	0	0%	0%
2	1	0,9%	1,8%	2	1,9%	3,7%
3	1	0,9%	1,8%	0	0%	0%
4	2	1,8%	3,6%	1	0,9%	1,9%
5 (moderado)	5	4,5%	8,9%	4	3,7%	7,4%
6	7	6,3%	12,5%	3	2,8%	5,6%
7	9	8,0%	16,1%	6	5,6%	11,1%
8	21	18,8%	37,5%	19	17,6%	35,2%
9	17	15,2%	30,4%	11	10,2%	20,4%
10 (muito alto)	48	42,9%	85,7%	62	57,4%	114,8%
Total	112	100,0%	200,0%	108	100,0%	200,0%

³¹³ Medidas (variáveis) incluídas na categoria "Venda a menores":

1. proibição de venda de produtos com álcool a menores de idade de acordo com a legislação nacional (Portugal: 18 anos);
2. fiscalizações e penalizações a vendedores e distribuidores de forma a garantir o cumprimento das medidas relevantes.

3.4.2.2. Planos Nacionais – Políticas Públicas do PACA e do PNRPLA

Tabela 20 - PACA									
Categoria	Venda a menores (agrega 2 variáveis - medidas específicas ³¹⁴)								
Questões	Em Portugal, qual considera ser o grau de IMPACTO que a aplicação desta medida do plano pode ter na redução dos danos causados pelo álcool			Em Portugal, qual considera ser o grau de IMPORTÂNCIA que a aplicação desta medida do plano pode ter na redução dos danos causados pelo álcool			Em Portugal, qual considera ser o grau de REALIZAÇÃO desta medida do plano no seu período de influência (PACA -2000 a 2007)		
Respostas válidas (N=56)	50			49			49		
Alfa de Cronbach (padronizado)	0,952			0,959			0,906		
Media	7,150			8,541			4,643		
Índice de casos	IMPACTO			IMPORTÂNCIA			REALIZAÇÃO		
ESCALA	Frequência (n)	% Válida	% de casos	Frequência (n)	% Válida	% de casos	Frequência (n)	% Válida	% de casos
0 (nenhum)	5	5,0%	10,0%	1	1,0%	2,0%	14	14,3%	28,6%
1	5	5,0%	10,0%	3	3,1%	6,1%	5	5,1%	10,2%
2	1	1,0%	2,0%	0	0%	0%	12	12,2%	24,5%
3	4	4,0%	8,0%	0	0%	0%	10	10,2%	20,4%
4	3	3,0%	6,0%	1	1,0%	2,0%	9	9,2%	18,4%
5 (moderado)	3	3,0%	6,0%	4	4,1%	8,2%	9	9,2%	18,4%
6	6	6,0%	12,0%	5	5,1%	10,2%	8	8,2%	16,3%
7	16	16,0%	32,0%	11	11,2%	22,4%	9	9,2%	18,4%
8	18	18,0%	36,0%	7	7,1%	14,3%	5	5,1%	10,2%
9	13	13,0%	26,0%	13	13,3%	26,5%	6	6,1%	12,2%
10 (muito alto)	26	26,0%	52,0%	53	54,1%	108,2%	11	11,2%	22,4%
Total	100	100,0%	200,0%	98	100,0%	200,0%	98	100,0%	200,0%

³¹⁴ Medidas (variáveis) incluídas na categoria "Venda a menores" (PACA):

1. Proibir a venda e consumo de bebidas alcoólicas a menores de 18 anos;
2. Reforçar as medidas de fiscalização sobre a venda e consumo em estabelecimentos de restauração, de bebidas e outros mais frequentados por menores de 18 anos.

Tabela 21 - PNRPLA									
Categoria	Venda a menores (agrega 3 variáveis - medidas específicas ³¹⁵)								
Questões	Em Portugal, qual considera ser o grau de IMPACTO que a aplicação desta medida do plano pode ter na redução dos danos causados pelo álcool			Em Portugal, qual considera ser o grau de IMPORTÂNCIA que a aplicação desta medida do plano pode ter na redução dos danos causados pelo álcool			Em Portugal, qual considera ser o grau de REALIZAÇÃO desta medida do plano no seu período de influência (PNRPLA – 2008-2012)		
Respostas válidas (N=56)	50			50			49		
Alfa de Cronbach (padronizado)	0,855			0,815			0,894		
Media	7,147			8,280			5,129		
Índice de casos	IMPACTO			IMPORTÂNCIA			REALIZAÇÃO		
ESCALA	Frequência (n)	% Válida	% de casos	Frequência (n)	% Válida	% de casos	Frequência (n)	% Válida	% de casos
0 (nenhum)	1	0,7%	2,0%	1	0,7%	2,0%	13	8,8%	26,5%
1	2	1,3%	4,0%	1	0,7%	2,0%	12	8,2%	24,5%
2	3	2,0%	6,0%	2	1,3%	4,0%	1	0,7%	2,0%
3	7	4,7%	14,0%	2	1,3%	4,0%	18	12,2%	36,7%
4	5	3,3%	10,0%	2	1,3%	4,0%	11	7,5%	22,4%
5 (moderado)	17	11,3%	34,0%	10	6,7%	20,0%	26	17,7%	53,1%
6	20	13,3%	40,0%	10	6,7%	20,0%	17	11,6%	34,7%
7	19	12,7%	38,0%	13	8,7%	26,0%	20	13,6%	40,8%
8	32	21,3%	64,0%	22	14,7%	44,0%	6	4,1%	12,2%
9	11	7,3%	22,0%	24	16,0%	48,0%	8	5,4%	16,3%
10 (muito alto)	33	22,0%	66,0%	63	42,0%	126,0%	15	10,2%	30,6%
Total	150	100,0%	300,0%	150	100,0%	300,0%	147	100,0%	300,0%

³¹⁵ Medidas (variáveis) incluídas na categoria “Venda a menores” (PNRPLA):

- 4.1. Proposta de alteração da idade legal para a compra e o consumo de bebidas alcoólicas em locais públicos, de 16 para 18 anos;
- 4.2. Promoção da fiscalização sistemática nos locais de consumo e venda de bebidas alcoólicas e divulgação regular das respetivas ações;
- 4.4. Promoção da implicação dos fabricantes e distribuidores construindo compromissos de não comercializarem bebidas alcoólicas destinadas a crianças e adolescentes.

3.4.2.3. Posicionamento dos atores sociais

Tabela 22 - Posicionamento do atores sociais						
Categoria	Venda a menores					
Questão	Em Portugal, qual considera ser a influência dos grupos de ATORES SOCIAIS abaixo identificados na criação, implementação e realização de medidas de políticas do álcool nos domínios que se seguem?					
Atores Sociais	A. Organizações Governamentais		B. Organizações não-Governamentais de defesa da saúde pública e das políticas do álcool		C. Organizações privadas associadas e/ou representativas do sector da Indústria do Alcool	
Respostas válidas (N=56)	53		52		51	
Media	8,3396		7,9231		5,7255	
Desvio-padrão	1,99946		2,38333		3,02045	
Valor Min-Máx	1,00 – 10,00		1,00 – 10,00		0,00 – 10,00	
Mediana	9,00		9,00		6,00	
1º Quartil – 3º Quartil	7,00 - 10,00		7,00 - 10,00		3,00 - 9,00	
Itens da variável	INFLUÊNCIA		INFLUÊNCIA		INFLUÊNCIA	
ESCALA	Frequência (n)	% Válida	Frequência (n)	% Válida	Frequência (n)	% Válida
0 (total oposição)	0	0	0	0	2	3,9
1	1	1,9	2	3,8	3	5,9
2	0	0	1	1,9	3	5,9
3	1	1,9	1	1,9	5	9,8
4	0	0	0	0	7	13,7
5 (neutra)	2	3,8	4	7,7	3	5,9
6	6	11,3	3	5,8	8	15,7
7	5	9,4	5	9,6	4	7,8
8	5	9,4	9	17,3	3	5,9
9	13	24,5	10	19,2	5	9,8
10 (total apoio)	20	37,7	17	32,7	8	15,7
Total	53	100,0	52	100,0	51	100,0

3.5. REGULAÇÃO DO MARKETING E DA PROMOÇÃO DO ÁLCOOL (INCLUI PUBLICIDADE, PROMOÇÃO E PATROCÍNIO)

3.5.1. Políticas Públicas do Alcool em geral

Tabela 23 - Políticas do álcool em geral						
Categoria	Publicidade, promoção e patrocínio do álcool (agrega 6 variáveis - medidas específicas ³¹⁶)					
Questões	Em Portugal, qual considera ser o grau de IMPACTO que a aplicação desta medida pode ter na redução dos danos causados pelo álcool			Em Portugal, qual considera ser o grau de IMPORTÂNCIA que a aplicação desta medida pode ter na redução dos danos causados pelo álcool		
Respostas válidas (N=56)	56			54		
Alfa de Cronbach (padronizado)	0,892			0,893		
Média	7,229			6,227		
Variância	5,210			3,594		
Índice de casos	IMPACTO			IMPORTÂNCIA		
ESCALA	Frequência (n)	% Válida	% de casos	Frequência (n)	% Válida	% de casos
0 (nenhum)	5	1,5%	8,9%	6	1,9%	11,1%
1	4	1,2%	7,1%	5	1,5%	9,3%
2	11	3,3%	19,6%	10	3,1%	18,5%
3	7	2,1%	12,5%	8	2,5%	14,8%
4	17	5,1%	30,4%	14	4,3%	25,9%
5 (moderado)	24	7,1%	42,9%	22	6,8%	40,7%
6	27	8,0%	48,2%	16	4,9%	29,6%
7	66	19,6%	117,9%	53	16,4%	98,1%
8	67	19,9%	119,6%	50	15,4%	92,6%
9	46	13,7%	82,1%	37	11,4%	68,5%
10 (muito alto)	62	18,5%	110,7%	103	31,8%	190,7%
Total	336	100,0%	600,0%	324	100,0%	600,0%

³¹⁶ Medidas (variáveis) incluídas na categoria "Publicidade, promoção e patrocínio do álcool":

1. proibição de todas as formas de publicidade, promoção e patrocínio de bebidas alcoólicas a menores;
2. advertências de saúde apropriadas ou mensagens de segurança em toda a publicidade, promoção e patrocínio de bebidas alcoólicas;
3. proibição de promoções de venda, direta ou indiretas, que incentivem a compra de bebidas alcoólicas ;
4. aplicação e fiscalização da Diretiva Europeia "Serviços de Comunicação Social Audiovisual" – Diretiva 2010/13/UE, de 10 de Março – no seu Art. 22º * em Portugal e em todos os Estados-Membros sob controlo estatutário;
5. publicidade, promoção e patrocínio de bebidas alcoólicas restritos apenas a informação sobre o produto;
6. proibição de entrada de determinados tipos e formas de publicidade, promoção e patrocínio de bebidas alcoólicas em territórios de países que possuem restrições a estas.

3.5.2. Planos Nacionais – Políticas Públicas do PACA e do PNRPLA

Tabela 24 - PACA									
Categoria	Publicidade, promoção e patrocínio do álcool (agrega 5 variáveis - medidas específicas ³¹⁷)								
Questões	Em Portugal, qual considera ser o grau de IMPACTO que a aplicação desta medida do plano pode ter na redução dos danos causados pelo álcool			Em Portugal, qual considera ser o grau de IMPORTÂNCIA que a aplicação desta medida do plano pode ter na redução dos danos causados pelo álcool			Em Portugal, qual considera ser o grau de REALIZAÇÃO desta medida do plano no seu período de influência (PACA -2000 a 2007)		
Respostas válidas (N=56)	50			49			49		
Alfa de Cronbach (padronizado)	0,891			0,861			0,881		
Media	6,012			7,445			4,269		
Índice de casos	IMPACTO			IMPORTÂNCIA			REALIZAÇÃO		
ESCALA	Frequência (n)	% Válida	% de casos	Frequência (n)	% Válida	% de casos	Frequência (n)	% Válida	% de casos
0 (nenhum)	18	7,2%	36,0%	4	1,6%	8,2%	56	22,9%	114,3%
1	11	4,4%	22,0%	6	2,4%	12,2%	15	6,1%	30,6%
2	12	4,8%	24,0%	8	3,3%	16,3%	17	6,9%	34,7%
3	14	5,6%	28,0%	6	2,4%	12,2%	21	8,6%	42,9%
4	11	4,4%	22,0%	8	3,3%	16,3%	18	7,3%	36,7%
5 (moderado)	28	11,2%	56,0%	21	8,6%	42,9%	24	9,8%	49,0%
6	34	13,6%	68,0%	18	7,3%	36,7%	18	7,3%	36,7%
7	27	10,8%	54,0%	33	13,5%	67,3%	24	9,8%	49,0%
8	42	16,8%	84,0%	33	13,5%	67,3%	19	7,8%	38,8%
9	17	6,8%	34,0%	36	14,7%	73,5%	16	6,5%	32,7%
10 (muito alto)	36	14,4%	72,0%	72	29,4%	146,9%	17	6,9%	34,7%
Total	250	100,0%	500,0%	245	100,0%	500,0%	245	100,0%	500,0%

Medidas (variáveis) incluídas na categoria "Publicidade, promoção e patrocínio do álcool" (PACA):

1. Sensibilizar as associações de produtores, industriais e comerciantes de bebidas alcoólicas para a elaboração de um código de conduta de autorregulação;
2. Alargar a proibição de publicidade na televisão e na rádio a quaisquer bebidas alcoólicas até as 22h30m (horário global de proibição: das 7h00m as 22h30m);
3. Proibir o patrocínio por marcas de bebidas alcoólicas de quaisquer atividades desportivas, culturais e recreativas, dirigidas a menores;
4. Proibir a associação de símbolos nacionais à publicidade de bebidas alcoólicas;
5. Proibir o patrocínio de seleções nacionais por marcas de bebidas alcoólicas.

Tabela 25 - PNRPLA

Categoria Medida “4.3” (Variável)	Publicidade, promoção e patrocínio do álcool: 4.3. Promoção do alargamento da autorregulação da comunicação comercial de bebidas alcoólicas aos pontos de venda					
Questões	Em Portugal, qual considera ser o grau de IMPACTO que a aplicação desta medida do plano pode ter na redução dos danos causados pelo álcool		Em Portugal, qual considera ser o grau de IMPORTÂNCIA que a aplicação desta medida do plano pode ter na redução dos danos causados pelo álcool		Em Portugal, qual considera ser o grau de REALIZAÇÃO desta medida do plano no seu período de influência (PACA -2000 a 2007)	
Respostas válidas (N=56)	49		49		48	
Média	6,4898		7,3061		5,0833	
Desvio-padrão	2,39898		2,21927		2,76631	
Valor Min-Máx	0,00 – 10,00		1,00 – 10,00		0,00 – 10,00	
Mediana	7,00		8,00		5,00	
1º – 3º Quartil	5,00 – 8,00		6,00 – 9,00		3,00 – 7,00	
Itens da Variável	IMPACTO		IMPORTÂNCIA		REALIZAÇÃO	
ESCALA	Frequência (n)	% Válida	Frequência (n)	% Válida	Frequência (n)	% Válida
0 (nenhum)	1	2,0	0	0	3	6,3
1	1	2,0	1	2,0	4	8,3
2	2	4,1	0	0	2	4,2
3	1	2,0	2	4,1	5	10,4
4	3	6,1	2	4,1	4	8,3
5 (moderado)	8	16,3	6	12,2	8	16,7
6	6	12,2	6	12,2	7	14,6
7	8	16,3	6	12,2	5	10,4
8	11	22,4	8	16,3	5	10,4
9	2	4,1	9	18,4	2	4,2
10 (muito alto)	6	12,2	9	18,4	3	6,3
Total	49	100,0	49	100,0	48	100,0

3.5.3. Posicionamento dos atores sociais

Tabela 26 - Posicionamento do atores sociais						
Categoria	Publicidade, promoção e patrocínio do álcool					
Questão	Em Portugal, qual considera ser a influência dos grupos de ATORES SOCIAIS abaixo identificados na criação, implementação e realização de medidas de políticas do álcool nos domínios que se seguem?					
Atores Sociais	A. Organizações Governamentais		B. Organizações não-Governamentais de defesa da saúde pública e das políticas do álcool		C. Organizações privadas associadas e/ou representativas do sector da Indústria do Alcool	
Respostas válidas (N=56)	53		52		51	
Media	7,9245		7,3269		5,0980	
Desvio-padrão	1,95968		2,28997		3,10003	
Valor Min-Máx	1,00 – 10,00		1,00 – 10,00		0,00 – 10,00	
Mediana	8,00		8,00		5,00	
1º Quartil – 3º Quartil	7,00 - 10,00		6,00 - 9,00		2,00 - 8,00	
Itens da variável	INFLUÊNCIA		INFLUÊNCIA		INFLUÊNCIA	
ESCALA	Frequência (n)	% Válida	Frequência (n)	% Válida	Frequência (n)	% Válida
0 (total oposição)	0	0	0	0	5	9,8
1	1	1,9	2	3,8	2	3,9
2	0	0	1	1,9	6	11,8
3	1	1,9	1	1,9	2	3,9
4	0	0	0	0	8	15,7
5 (neutra)	2	3,8	7	13,5	5	9,8
6	8	15,1	5	9,6	6	11,8
7	8	15,1	5	9,6	3	5,9
8	10	18,9	14	26,9	6	11,8
9	8	15,1	8	15,4	2	3,9
10 (total apoio)	15	28,3	9	17,3	6	11,8
Total	53	100,0	52	100,0	51	100,0

3.6. MODIFICAÇÃO DE CONTEXTOS DE CONSUMO DE ÁLCOOL (INCLUI REDUÇÃO DE DANOS NO CONSUMO DE ÁLCOOL E NOS AMBIENTES ENVOLVENTES)

3.6.1. Políticas Públicas do Álcool em geral

Tabela 27 - Políticas do álcool em geral						
Categoria	Redução de danos no consumo de álcool e ambientes envolventes (agrega 4 variáveis - medidas específicas ³¹⁸)					
Questões	Em Portugal, qual considera ser o grau de IMPACTO que a aplicação desta medida pode ter na redução dos danos causados pelo álcool			Em Portugal, qual considera ser o grau de IMPORTÂNCIA que a aplicação desta medida pode ter na redução dos danos causados pelo álcool		
Respostas válidas (N=56)	56			55		
Alfa de Cronbach (padronizado)	0,861			0,854		
Média	7,665			8,200		
Variância	4,453			3,822		
Índice de casos	IMPACTO			IMPORTÂNCIA		
ESCALA	Frequência (n)	% Válida	% de casos	Frequência (n)	% Válida	% de casos
0 (nenhum)	2	0,9%	3,6%	1	0,5%	1,8%
1	3	1,3%	5,4%	2	0,9%	3,6%
2	1	0,4%	1,8%	0	0,0%	0,0%
3	5	2,2%	8,9%	3	1,4%	5,5%
4	9	4,0%	16,1%	9	4,1%	16,4%
5 (moderado)	15	6,7%	26,8%	14	6,4%	25,5%
6	21	9,4%	37,5%	11	5,0%	20,0%
7	33	14,7%	58,9%	28	12,7%	50,9%
8	42	18,8%	75,0%	25	11,4%	45,5%
9	37	16,5%	66,1%	45	20,5%	81,8%
10 (muito alto)	56	25,0%	100,0%	82	37,3%	149,1%
Total	224	100,0%	400,0%	220	100,0%	400,0%

³¹⁸ Medidas (variáveis) incluídas na categoria "Redução de danos no consumo de álcool e ambientes envolventes":

1. planeamento municipal e regras de licenciamento que garantam que todas as pessoas estão livres dos danos causados por intoxicação alcoólica;
2. proibição de venda de bebidas alcoólicas a menores de idade, pessoas intoxicadas e com perturbação mental;
3. aplicação e fiscalização rigorosas de leis de licenciamento e venda de bebidas alcoólicas;
4. treino para reduzir os danos causados por intoxicação alcoólica na indústria hoteleira e empregados que servem bebidas alcoólicas.

3.6.2. Planos Nacionais – Políticas Públicas do PACA e do PNRPLA

Tabela 28 - PACA									
Categoria	Redução de danos no consumo de álcool e ambientes envolventes (agrega 6 variáveis - medidas específicas ³¹⁹)								
Questões	Em Portugal, qual considera ser o grau de IMPACTO que a aplicação desta medida do plano pode ter na redução dos danos causados pelo álcool			Em Portugal, qual considera ser o grau de IMPORTÂNCIA que a aplicação desta medida do plano pode ter na redução dos danos causados pelo álcool			Em Portugal, qual considera ser o grau de REALIZAÇÃO desta medida do plano no seu período de influência (PACA -2000 a 2007)		
Respostas válidas (N=56)	50			49			49		
Alfa de Cronbach (padronizado)	0,921			0,897			0,910		
Media	6,720			8,068			5,384		
Índice de casos	IMPACTO			IMPORTÂNCIA			REALIZAÇÃO		
ESCALA	Frequência (n)	% Válida	% de casos	Frequência (n)	% Válida	% de casos	Frequência (n)	% Válida	% de casos
0 (nenhum)	16	5,3%	32,0%	0	0%	0%	29	9,9%	59,2%
1	9	3,0%	18,0%	4	1,4%	8,2%	23	7,8%	46,9%
2	3	1,0%	6,0%	2	0,7%	4,1%	21	7,1%	42,9%
3	14	4,7%	28,0%	4	1,4%	8,2%	24	8,2%	49,0%
4	18	6,0%	36,0%	11	3,7%	22,4%	17	5,8%	34,7%
5 (moderado)	28	9,3%	56,0%	16	5,4%	32,7%	24	8,2%	49,0%
6	25	8,3%	50,0%	17	5,8%	34,7%	35	11,9%	71,4%
7	47	15,7%	94,0%	52	17,7%	106,1%	23	7,8%	46,9%
8	48	16,0%	96,0%	39	13,3%	79,6%	30	10,2%	61,2%
9	36	12,0%	72,0%	40	13,6%	81,6%	33	11,2%	67,3%
10 (muito alto)	56	18,7%	112,0%	109	37,1%	222,4%	35	11,9%	71,4%
Total	300	100,0%	600,0%	294	100,0%	600,0%	294	100,0%	600,0%

³¹⁹ Medidas da categoria “Redução de danos no consumo de álcool e ambientes envolventes” (PACA):

1. Proibir a venda e consumo de bebidas alcoólicas a adultos notoriamente embriagados ou com perturbação mental
2. Responsabilizar os vendedores e criar ilícito de mera ordenação social, com coimas de valor crescente para os ilícitos e reincidências e penas acessórias de cassação do alvará ou licença de utilização
3. Obrigar à afixação da proibição de venda, de modo bem visível, em todos os locais de venda de bebidas
4. Obrigar à diferenciação explícita dos locais de exposição das bebidas alcoólicas e não alcoólicas nos estabelecimentos comerciais de autosserviço
5. Proibir a disponibilização de bebidas alcoólicas através de mecanismos de venda automática
6. Interditar a venda e consumo de bebidas alcoólicas nas áreas de serviço das autoestradas das 20h00m às 6h00m

Tabela 29 - PNRPLA									
Categoria	Redução de danos no consumo de álcool e ambientes envolventes (agrega 4 variáveis - medidas específicas ³²⁰)								
Questões	Em Portugal, qual considera ser o grau de IMPACTO que a aplicação desta medida do plano pode ter na redução dos danos causados pelo álcool			Em Portugal, qual considera ser o grau de IMPORTÂNCIA que a aplicação desta medida do plano pode ter na redução dos danos causados pelo álcool			Em Portugal, qual considera ser o grau de REALIZAÇÃO desta medida do plano no seu período de influência (PNRPLA – 2008-2012)		
Respostas válidas (N=56)	49			50			47		
Alfa de Cronbach (padronizado)	0,928			0,937			0,949		
Media	6,908			7,855			5,160		
Índice de casos	IMPACTO			IMPORTÂNCIA			REALIZAÇÃO		
ESCALA	Frequência (n)	% Válida	% de casos	Frequência (n)	% Válida	% de casos	Frequência (n)	% Válida	% de casos
0 (nenhum)	0	0%	0%	0	0%	0%	11	5,9%	23,4%
1	1	0,5%	2,0%	1	0,5%	2,0%	12	6,4%	25,5%
2	7	3,6%	14,3%	4	2,0%	8,0%	14	7,4%	29,8%
3	6	3,1%	12,2%	3	1,5%	6,0%	19	10,1%	40,4%
4	10	5,1%	20,4%	3	1,5%	6,0%	19	10,1%	40,4%
5 (moderado)	25	12,8%	51,0%	19	9,5%	38,0%	30	16,0%	63,8%
6	31	15,8%	63,3%	19	9,5%	38,0%	16	8,5%	34,0%
7	26	13,3%	53,1%	21	10,5%	42,0%	20	10,6%	42,6%
8	43	21,9%	87,8%	41	20,5%	82,0%	24	12,8%	51,1%
9	26	13,3%	53,1%	33	16,5%	66,0%	11	5,9%	23,4%
10 (muito alto)	21	10,7%	42,9%	56	28,0%	112,0%	12	6,4%	25,5%
Total	196	100,0%	400,0%	200	100,0%	400,0%	188	100,0%	400,0%

³²⁰ Medidas (variáveis) incluídas na categoria “Redução de danos no consumo de álcool e ambientes envolventes” (PNRPLA):

9.1. Proposta de redação de um conjunto de normas relativas aos problemas do álcool em meio laboral, a serem integradas em diploma legal;

9.2. Propostas de autorregulação para a redução do consumo de bebidas alcoólicas nos locais de trabalho;

10.3. Elaboração e divulgação de linhas orientadoras para o desenvolvimento de programas integrados para os Problemas Ligados ao Álcool (da prevenção à reinserção);

10.5. Apoio técnico e/ou financeiro para o desenvolvimento de projetos de intervenção em meio laboral, baseado em critérios de qualidade e na estimativa das necessidades de intervenção.

3.6.3. Posicionamento dos atores sociais

Tabela 30 - Posicionamento do atores sociais						
Categoria	Redução de danos no consumo de álcool e ambientes envolventes					
Questão	Em Portugal, qual considera ser a influência dos grupos de ATORES SOCIAIS abaixo identificados na criação, implementação e realização de medidas de políticas do álcool nos domínios que se seguem?					
Atores Sociais	A. Organizações Governamentais		B. Organizações não-Governamentais de defesa da saúde pública e das políticas do álcool		C. Organizações privadas associadas e/ou representativas do sector da Indústria do Alcool	
Respostas válidas (N=56)	53		52		51	
Media	8,1887		7,5385		5,3137	
Desvio-padrão	2,11275		2,60814		2,95628	
Valor Min-Máx	1,00 – 10,00		0,00 – 10,00		0,00 – 10,00	
Mediana	9,00		8,00		5,00	
1º Quartil – 3º Quartil	7,00 - 10,00		6,25 - 9,75		3,00 - 7,00	
Itens da variável	INFLUÊNCIA		INFLUÊNCIA		INFLUÊNCIA	
ESCALA	Frequência (n)	% Válida	Frequência (n)	% Válida	Frequência (n)	% Válida
0 (total oposição)	0	0	1	1,9	3	5,9
1	1	1,9	2	3,8	3	5,9
2	0	0	2	3,8	2	3,9
3	1	1,9	0	0	7	13,7
4	0	0	0	0	4	7,8
5 (neutra)	4	7,5	5	9,6	11	21,6
6	5	9,4	3	5,8	5	9,8
7	8	15,1	5	9,6	4	7,8
8	4	7,5	11	21,2	1	2,0
9	8	15,1	10	19,2	4	7,8
10 (total apoio)	22	41,5	13	25,0	7	13,7
Total	53	100,0	52	100,0	51	100,0

3.7. INTERVENÇÕES PRECOSES E TRATAMENTO (INCLUI AS INTERVENÇÕES NO CONSUMO DE RISCO E NOCIVO DE ÁLCOOL E DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL E AS INTERVENÇÕES E ASSISTÊNCIA AOS FAMILIARES DE PESSOAS COM DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL)

3.7.1. INTERVENÇÕES NO CONSUMO DE RISCO E NOCIVO DE ÁLCOOL E DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL

3.7.1.1. Políticas Públicas do Álcool em geral

Tabela 31 - Políticas do álcool em geral				
Categoria	Intervenções no consumo de risco e nocivo de álcool e dependência de álcool:			
Medida “1” (Variável)	1. Ampla implementação de intervenções para reduzir o consumo de risco e nocivo de álcool.			
Questões	Em Portugal, qual considera ser o grau de IMPACTO que a aplicação desta medida pode ter na redução dos danos causados pelo álcool		Em Portugal, qual considera ser o grau de IMPORTÂNCIA que a aplicação desta medida pode ter na redução dos danos causados pelo álcool	
Respostas válidas (N=56)	56		55	
Média	7,7143		8,2727	
Desvio-padrão	2,00648		1,89985	
Valor Min-Máx	1,00 – 10,00		2,00 – 10,00	
Mediana	8,00		9,00	
1º Quartil – 3º Quartil	7,00 - 9,00		7,00 - 10,00	
Itens da Variável	IMPACTO		IMPORTÂNCIA	
ESCALA	Frequência (n)	% Válida	Frequência (n)	% Válida
0 (nenhum)	0	0,0	0	0,0
1	1	1,8	0	0,0
2	0	0,0	1	1,8
3	1	1,8	0	0,0
4	3	5,4	2	3,6
5 (moderado)	2	3,6	3	5,5
6	4	7,1	3	5,5
7	13	23,2	6	10,9
8	8	14,3	8	14,5
9	13	23,2	14	25,5
10 (muito alto)	11	19,6	18	32,7
Total	56	100,0	55	100,0

3.7.1.2. Planos Nacionais – Políticas Públicas do PACA e do PNRPLA

Tabela 32 - PACA						
Categoria Medida 1 (Variável)	Intervenções no consumo de risco e nocivo de álcool e dependência de álcool: 1. Criar uma rede alcoológica nacional, tendo por base os centros regionais de alcoologia (com função coordenadora) e os serviços locais de saúde mental, com as respetivas articulações às unidades de cuidados de saúde primários e aos hospitais gerais.					
Questões	Em Portugal, qual considera ser o grau de IMPACTO que a aplicação desta medida do plano pode ter na redução dos danos causados pelo álcool	Em Portugal, qual considera ser o grau de IMPORTÂNCIA que a aplicação desta medida do plano pode ter na redução dos danos causados pelo álcool	Em Portugal, qual considera ser o grau de REALIZAÇÃO desta medida do plano no seu período de influência (PACA -2000 a 2007)			
Respostas válidas (N=56)	49	48	47			
Média	6,7755	8,2083	4,4468			
Desvio-padrão	2,91022	2,22135	3,06316			
Valor Min-Máx	0,00 – 10,00	1,00 – 10,00	0,00 – 10,00			
Mediana	7,00	9,00	4,00			
1º – 3º Quartil	5,00 – 9,00	7,00 – 10,00	2,00 – 7,00			
Itens da Variável	IMPACTO		IMPORTÂNCIA		REALIZAÇÃO	
ESCALA	Frequência (n)	% Válida	Frequência (n)	% Válida	Frequência (n)	% Válida
0 (nenhum)	1	2,0	0	0	4	8,5
1	3	6,1	1	2,1	4	8,5
2	3	6,1	1	2,1	7	14,9
3	0	0	0	0	6	12,8
4	2	4,1	1	2,1	5	10,6
5 (moderado)	7	14,3	4	8,3	7	14,9
6	3	6,1	2	4,2	2	4,3
7	6	12,2	4	8,3	1	2,1
8	6	12,2	7	14,6	4	8,5
9	8	16,3	9	18,8	3	6,4
10 (muito alto)	10	20,4	19	39,6	4	8,5
Total	49	100,0	48	100,0	47	100,0

Tabela 33 - PNRPLA									
Categoria	Intervenções no consumo de risco e nocivo de álcool e dependência de álcool (agrega 9 variáveis - medidas específicas ³²¹)								
Questões	Em Portugal, qual considera ser o grau de IMPACTO que a aplicação desta medida do plano pode ter na redução dos danos causados pelo álcool			Em Portugal, qual considera ser o grau de IMPORTÂNCIA que a aplicação desta medida do plano pode ter na redução dos danos causados pelo álcool			Em Portugal, qual considera ser o grau de REALIZAÇÃO desta medida do plano no seu período de influência (PNRPLA – 2008-2012)		
Respostas válidas (N=56)	49			50			47		
Alfa de Cronbach (padronizado)	0,947			0,938			0,964		
Media	7,297			8,413			5,175		
Índice de casos	IMPACTO			IMPORTÂNCIA			REALIZAÇÃO		
ESCALA	Frequência (n)	% Válida	% de casos	Frequência (n)	% Válida	% de casos	Frequência (n)	% Válida	% de casos
0 (nenhum)	3	0,7%	6,1%	0	0%	0%	21	5,0%	44,7%
1	3	0,7%	6,1%	2	0,4%	4,0%	32	7,6%	68,1%
2	4	0,9%	8,2%	1	0,2%	2,0%	30	7,1%	63,8%
3	4	0,9%	8,2%	2	0,4%	4,0%	41	9,7%	87,2%
4	11	2,5%	22,4%	3	0,7%	6,0%	37	8,7%	78,7%
5 (moderado)	65	14,7%	132,7%	26	5,8%	52,0%	67	15,8%	142,6%
6	56	12,7%	114,3%	27	6,0%	54,0%	48	11,3%	102,1%
7	61	13,8%	124,5%	38	8,4%	76,0%	48	11,3%	102,1%
8	103	23,4%	210,2%	103	22,9%	206,0%	52	12,3%	110,6%
9	71	16,1%	144,9%	98	21,8%	196,0%	19	4,5%	40,4%
10 (muito alto)	60	13,6%	122,4%	150	33,3%	300,0%	28	6,6%	59,6%
Total	441	100,0%	900,0%	450	100,0%	900,0%	423	100,0%	900,0%

³²¹ Medidas (variáveis) incluídas na categoria "Intervenções no consumo de risco e nocivo de álcool e dependência de álcool" (PNRPLA):

- 1.1. Elaboração e divulgação de linhas orientadoras para intervenções junto de grávidas;
- 1.2. Elaboração de materiais de informação e sensibilização para os riscos e promoção de competências para lidar com as solicitações ao consumo;
- 1.3. Reforço dos sistemas de atendimento, informação, encaminhamento e apoio, na área dos Problemas Ligados ao Álcool em grávidas, mediante protocolos e articulação dos organismos e entidades que intervêm na área;
- 2.1. Elaboração e divulgação de linhas orientadoras na deteção, avaliação, encaminhamento e tratamento das famílias e das crianças;
- 3.2. Elaboração e divulgação de linhas orientadoras no âmbito do aconselhamento e intervenções breves em jovens e do aconselhamento dos pais, encarregados de educação e familiares;
- 3.3. Reforço dos sistemas de atendimento, informação, encaminhamento e apoio, na área dos Problemas Ligados ao Álcool em jovens, mediante protocolos e articulação dos organismos e entidades que intervêm na área;
- 20.1. Definição e implementação de linhas orientadoras baseadas na evidência dos programas de tratamento em regime de ambulatório e de internamento;
- 21.1. Criação de uma rede de referência de acordo com os diversos níveis de gravidade e de necessidades;
- 21.2. Definição de critérios de gravidade para referência de utentes.

3.7.1.3. Posicionamento dos atores sociais

Tabela 34 - Posicionamento do atores sociais						
Categoria	Intervenções no consumo de risco e nocivo de álcool e dependência de álcool					
Questão	Em Portugal, qual considera ser a influência dos grupos de ATORES SOCIAIS abaixo identificados na criação, implementação e realização de medidas de políticas do álcool nos domínios que se seguem?					
Atores Sociais	A. Organizações Governamentais		B. Organizações não-Governamentais de defesa da saúde pública e das políticas do álcool		C. Organizações privadas associadas e/ou representativas do sector da Indústria do Álcool	
Respostas válidas (N=56)	53		53		52	
Media	8,2642		7,9057		5,3654	
Desvio-padrão	2,25449		2,32267		3,06804	
Valor Min-Máx	1,00 – 10,00		0,00 – 10,00		0,00 – 10,00	
Mediana	9,00		8,00		5,00	
1º Quartil – 3º Quartil	7,00 - 10,00		7,00 - 10,00		4,00 - 8,00	
Itens da variável	INFLUÊNCIA		INFLUÊNCIA		INFLUÊNCIA	
ESCALA	Frequência (n)	% Válida	Frequência (n)	% Válida	Frequência (n)	% Válida
0 (total oposição)	0	0	1	1,9	6	11,5
1	1	1,9	1	1,9	3	5,8
2	2	3,8	1	1,9	2	3,8
3	0	0	0	0	1	1,9
4	1	1,9	1	1,9	3	5,8
5 (neutra)	1	1,9	2	3,8	13	25,0
6	4	7,5	4	7,5	5	9,6
7	6	11,3	8	15,1	4	7,7
8	7	13,2	9	17,0	6	11,5
9	8	15,1	10	18,9	4	7,7
10 (total apoio)	23	43,4	16	30,2	5	9,6
Total	53	100,0	53	100,0	52	100,0

3.7.2. INTERVENÇÕES E ASSISTÊNCIA AOS FAMILIARES DE PESSOAS COM DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL

3.7.2.1. Políticas Públicas do Álcool em geral

Tabela 35 - Políticas do álcool em geral				
Categoria	Intervenções e assistência aos familiares de pessoas com dependência de álcool:			
Medida “1” (Variável)	1. Ampla implementação de programas de aconselhamento para membros de família de pessoas com consumo nocivo de álcool.			
Questões	Em Portugal, qual considera ser o grau de IMPACTO que a aplicação desta medida pode ter na redução dos danos causados pelo álcool		Em Portugal, qual considera ser o grau de IMPORTÂNCIA que a aplicação desta medida pode ter na redução dos danos causados pelo álcool	
Respostas válidas (N=56)	56		55	
Média	7,9821		8,5273	
Desvio-padrão	1,80395		1,67613	
Valor Min-Máx	2,00 – 10,00		3,00 – 10,00	
Mediana	8,00		9,00	
1º Quartil – 3º Quartil	7,00 - 9,75		8,00 - 10,00	
Itens da Variável	IMPACTO		IMPORTÂNCIA	
ESCALA	Frequência (n)	% Válida	Frequência (n)	% Válida
0 (nenhum)	0	0,0	0	0,0
1	0	0,0	0	0,0
2	2	3,6	0	0,0
3	0	0,0	1	1,8
4	0	0,0	1	1,8
5 (moderado)	1	1,8	2	3,6
6	6	10,7	2	3,6
7	10	17,9	5	9,1
8	15	26,8	12	21,8
9	8	14,3	11	20,0
10 (muito alto)	14	25,0	21	38,2
Total	56	100,0	55	100,0

3.7.2.2. Planos Nacionais – Políticas Públicas do PACA e do PNRPLA

Tabela 36 - PNRPLA									
Categoria	Intervenções e assistência aos familiares de pessoas com dependência de álcool (agrega 3 variáveis - medidas específicas³²²)								
Questões	Em Portugal, qual considera ser o grau de IMPACTO que a aplicação desta medida do plano pode ter na redução dos danos causados pelo álcool			Em Portugal, qual considera ser o grau de IMPORTÂNCIA que a aplicação desta medida do plano pode ter na redução dos danos causados pelo álcool			Em Portugal, qual considera ser o grau de REALIZAÇÃO desta medida do plano no seu período de influência (PNRPLA – 2008-2012)		
Respostas válidas (N=56)	49			50			47		
Alfa de Cronbach (padronizado)	0,892			0,891			0,961		
Media	7,347			8,487			4,915		
Índice de casos	IMPACTO			IMPORTÂNCIA			REALIZAÇÃO		
ESCALA	Frequência (n)	% Válida	% de casos	Frequência (n)	% Válida	% de casos	Frequência (n)	% Válida	% de casos
0 (nenhum)	0	0%	0%	0	0%	0%	10	7,1%	21,3%
1	0	0%	0%	0	0%	0%	10	7,1%	21,3%
2	1	0,7%	2,0%	0	0%	0%	13	9,2%	27,7%
3	2	1,4%	4,1%	0	0%	0%	13	9,2%	27,7%
4	5	3,4%	10,2%	2	1,3%	4,0%	16	11,3%	34,0%
5 (moderado)	20	13,6%	40,8%	7	4,7%	14,0%	20	14,2%	42,6%
6	22	15,0%	44,9%	15	10,0%	30,0%	15	10,6%	31,9%
7	14	9,5%	28,6%	10	6,7%	20,0%	9	6,4%	19,1%
8	39	26,5%	79,6%	31	20,7%	62,0%	21	14,9%	44,7%
9	30	20,4%	61,2%	28	18,7%	56,0%	7	5,0%	14,9%
10 (muito alto)	14	9,5%	28,6%	57	38,0%	114,0%	7	5,0%	14,9%
Total	147	100,0%	300,0%	150	100,0%	300,0%	141	100,0%	300,0%

³²² Medidas (variáveis) incluídas na categoria “Intervenções e assistência aos familiares de pessoas com dependência de álcool” (PNRPLA):

2.2. Construção e implementação de programas estruturados de intervenção em familiares e crianças em articulação com serviços de saúde e outros serviços locais, bem como com os projetos internacionais da UE em curso;

2.3. Agilização do acesso às estruturas de saúde, através da criação de rede nacional de articulação do acompanhamento de crianças e de famílias com PLA envolvendo todos os intervenientes, definindo níveis de ação diferenciados e coordenados;

23.2. Conceção de um modelo de intervenção para a área da reinserção, que contemple a figura do gestor de caso, a abordagem familiar e o acompanhamento integrado do utente.

3.7.2.3. Posicionamento dos atores sociais

Tabela 37 - Posicionamento do atores sociais						
Categoria	Intervenções e assistência aos familiares de pessoas com dependência de álcool					
Questão	Em Portugal, qual considera ser a influência dos grupos de ATORES SOCIAIS abaixo identificados na criação, implementação e realização de medidas de políticas do álcool nos domínios que se seguem?					
Atores Sociais	A. Organizações Governamentais		B. Organizações não-Governamentais de defesa da saúde pública e das políticas do álcool		C. Organizações privadas associadas e/ou representativas do sector da Indústria do Alcool	
Respostas válidas (N=56)	53		53		52	
Media	8,3208		8,2264		5,1538	
Desvio-padrão	2,37595		2,12713		3,34538	
Valor Min-Máx	1,00 – 10,00		1,00 – 10,00		0,00 – 10,00	
Mediana	9,00		9,00		5,00	
1º Quartil – 3º Quartil	7,00 - 10,00		7,00 - 10,00		2,25 - 8,00	
Itens da variável	INFLUÊNCIA		INFLUÊNCIA		INFLUÊNCIA	
ESCALA	Frequência (n)	% Válida	Frequência (n)	% Válida	Frequência (n)	% Válida
0 (total oposição)	0	0	0	0	8	15,4
1	2	3,8	1	1,9	3	5,8
2	0	0	0	0	2	3,8
3	1	1,9	1	1,9	0	0
4	2	3,8	1	1,9	3	5,8
5 (neutra)	1	1,9	4	7,5	15	28,8
6	5	9,4	4	7,5	3	5,8
7	3	5,7	4	7,5	4	7,7
8	5	9,4	6	11,3	3	5,8
9	8	15,1	12	22,6	3	5,8
10 (total apoio)	26	49,1	20	37,7	8	15,4
Total	53	100,0	53	100,0	52	100,0

----- § -----